



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen terveysasemalla

Savander, Kati

2018 Laurea



LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen terveysasemalla

Savander, Kati
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Kuukausi, 2018

Savander, Kati

Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen terveysasemalla

Vuosi	2018	Sivumäärä	54
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sitä, tehdäänkö puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi ja puhelujen kirjaaminen terveysasemalla hoidon tarpeen arvioinnista laissa ja asetuksissa annettujen ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli auttaa terveysasemaa kehittämään hoitajien tekemää hoidon tarpeen arviointia ja yhtenäistämään hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamista. Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ammattilaisen tekemää arviota potilaan terveydentilasta potilaan ottaessa yhteyttä terveysasemalle.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Uudellamaalla sijaitsevan terveysaseman kanssa. Opinnäytetyö tehtiin tutkielmana. Opinnäytetyön aineistona käytettiin 50:tä dokumenttia, jotka oli tulostettu terveysaseman potilastietojärjestelmästä. Dokumenttien sisältönä olivat hoidon tarpeen arvioinnista tehdyt kirjaukset. Opinnäytetyöprosessin viitekehyksenä oli dokumenttianalyysi.

Puhelimesta tehty hoidon tarpeen arviointi toteutuu terveysasemalla siitä säädettyjen lakien ja asetusten mukaisesti varsin hyvin: oireita oli kirjattu 86 %:ssa (N=43) dokumenteista. Oireiden vaikeusastetta ja hoidon kiireellisyyttä oli selvitetty lähes kaikissa niistä dokumenteista, joissa oireita oli kirjattu. Puhelimesta tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamista tulisi terveysasemalla kuitenkin kehittää, sillä esimerkiksi sitä, miten potilas tai potilaan puolesta soittava äiti tai isä oli tunnistettu, ei oltu kirjattu yhdessäkään dokumentissa. Seuraavan, terveysaseman kanssa yhteistyössä tehtävän, opinnäytetyön aiheena voisi olla sabluunan luominen puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia varten.

Asiasanat: hoidon tarpeen arviointi, kirjaaminen, hoitaja, terveysasema, puhelinkeskustelu

The assessment for the need of treatment in a health centre

Year	2018	Pages	54
------	------	-------	----

The aim of this Bachelor's thesis was to examine, is the assessment for the need of treatment and patient data documentation done according to the law in the health centre. The intention was to make the description on the grounds of the patient data documentation. The goal of this thesis was to help the health centre to improve the assessment for the need of treatment done by the nurses. The goal was also to standardize the documentation of the assessment for the need of treatment. The assessment for the need of treatment is an assessment made by health care professional in patients health, when the patient contacts a healthcare unit.

The partner of this thesis was a health centre, which is situated in the province of Uusimaa. This thesis is a study thesis. The data of this thesis was 50 documents, which were printed out from the patient health records of the health centre. The content of these documents was the assessment for the need of treatment. Context of the research method in the thesis was a document analysis.

According to the thesis findings, the assessment for the need of treatment is done most of the times in the health centre according to the law: 86% of the documents contained the symptoms. Intensity of the symptoms and urgency of a treatment were written down in almost all the documents, where the symptoms were mentioned. The documentation of the assessment for the need of treatment done by phone should be improved in the health centre, because none of the documents included the information about the identification of the patient or the person, who was calling on his behalf. The next thesis, which is done with the same partner, could treat a pattern, that helps a nurse do the documentation of the assessment for the need of treatment.

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Hoidon tarpeen arviointi	9
2.1	Hoidon tarpeen arviointi hoitajan työtehtävänä	11
2.2	Puhelimitse tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin haasteet	12
2.3	Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä annettava neuvonta	14
2.4	Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen	15
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	17
3.1	Tutkimuskysymykset	17
4	Aineisto ja menetelmät	18
4.1	Aineiston kerääminen	18
4.2	Menetelmät	19
4.2.1	Dokumenttianalyysi	20
4.2.2	Analyysirungon rakentaminen	22
4.2.3	Analyysirunko	23
4.2.4	Sisällönanalyysi	24
5	Tulokset	25
5.1	Potilaan tai läheisen tunnistaminen	25
5.2	Yhteydenoton syy	25
5.2.1	Miten oireet on kirjattu?	25
5.2.2	Miten oireiden alkuaika on kirjattu?	28
5.2.3	Miten oireiden toistuvuus tai jatkuvuus on kirjattu?	28
5.2.4	Miten oireiden voimakkuus on kirjattu?	29
5.2.5	Miten oireiden aiempi hoito on kirjattu?	30
5.2.6	Yhteenvedo oireiden kuvailusta	31
5.3	Yleistila	33
5.4	Esitiedot	34
5.5	Jatkohoito	35
5.6	Potilaan ohjaus	36
5.7	Potilaan mielipide	37

5.8	Yhteenveto analyysistä	37
6	Johtopäätökset	38
6.1	Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen	38
6.2	Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen	39
6.3	Kehittämisehdotukset	40
7	Eettisyys ja luotettavuus.....	43
8	Pohdintaa	45
	Lähteet	48
	Liitteet.....	51

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sitä, tehdäänkö puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi ja puhelujen kirjaaminen terveysasemalla hoidon tarpeen arvioinnista laissa ja asetuksissa annettujen ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli auttaa terveysasemaa kehittämään hoitajien tekemää hoidon tarpeen arviointia. Hoitajalla tarkoitetaan opinnäytetyössä terveydenhuollon ammattihenkilöä eli sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kätilöä, ensihoitajaa tai lähihoitajaa, joka tekee hoidon tarpeen arviointia. Terveysasemalla tarkoitetaan opinnäytetyössä sitä Uudellamaalla sijaitsevaa terveysasemaa, joka on ollut yhteistyökumppanina opinnäytetyön tekemisessä. ”Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä” (Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009, 9). Hoidon tarpeen arvioinnissa määritellään se, neuvotaanko potilasta lähtemään päivystykseen, annetaanko hänelle aika terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle vai annetaanko hänellä kotihoito-ohjeet (Putkonen 2016).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisäksi kuvata hoitajan tekemää, puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia siitä tehtyjen kirjausten perusteella. Tarkoituksena oli kuvata prosessia, joka alkaa potilaan soitettua terveysaseman kiireettömän hoidon ajanvarausnumeroon ja joka päättyy, kun hoitaja on puhelun päätyttyä kirjannut tarvittavat tiedot potilastietojärjestelmään. Opinnäytetyön tavoitteena oli auttaa terveysasemaa hoitajien tekemän hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisen yhtenäistämässä. Hoidon tarpeen arviointiin luettiin opinnäytetyössä kuuluvaksi hoitajan ja potilaan välinen puhelinkeskustelu sekä hoitajan keskustelun perusteella tekemät ratkaisut niiltä osin, kuin ne on kirjattu potilastietojärjestelmään. Aineistona käytettiin ajanvarausnumeroon tulleista puheluista tehtyjä dokumentteja, joiden sisältönä on hoidon tarpeen arviointi.

Oikeaan osuva ja ongelman tunnistava hoidon tarpeen arviointi on potilaan kannalta erittäin tärkeää. Lyhytaikaisessa terveysongelmassa potilas haluaa saada avun nopeasti ja helposti, mieluiten kertakäynnillä mahdollisimman hyvien kulkuyhteyksien varrella. Pitkäaikaisessa terveysongelmassa potilas pitää nopeuden ja helppouden lisäksi tärkeänä koko palveluprosessin suunnitelmallista ja oikea-aikaista etenemistä sekä toimintakykyä ylläpitäviä palveluja. (Hoidon saatavuus 2016, 18.) Oikeaan osuva hoidon tarpeen arviointi vaatii hoitajalta taitoa saada puhelinkeskustelun aikana selville kaikki oleelliset asiat potilaan tilanteesta, sillä ilman riittävää tietoa päätöksenteko jää heikolle pohjalle (Alanen ym. 2016, 10).

Oikeaan aikaan ja oikein toteutettu hoito on potilaan kannalta paitsi miellyttävää, myös turvallisin vaihtoehto (STM. Potilasturvallisuus). Potilasturvallisuuden edellytyksenä on muun

muassa se, että hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on tehtävän edellyttämä osaaminen ja kokemus (Valvira 2014). Hoitajan on soittajaa haastatteleamalla saatava selville se ongelmatilanne, jonka vuoksi soittaja on ottanut yhteyttä, koska riittämättömin perustein tehty päätös voi vaarantaa potilasturvallisuuden (Tyyskä 2012, 47; Alanen ym. 2016, 10).

Jatkossa väestön ikärakenteen muutos tulee aiheuttamaan julkisen talouden rahoitukselle mittavia haasteita, siksi potilaan auttaminen nopeasti kertakontaktilla on taloudellisesti järkevää (Hoidon saatavuus 2016, 19; Välimäki, K. ym. 2011, 33). Hoito- ja palveluketjujen sujuvuus eli hoidon saatavuus ja saavutettavuus sekä hoidon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden lisääntyminen ovat paitsi nykyisen hallituksen, myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita (Hoidon saatavuus 2016, 6). Tavoite nopeasta avunsaannista toteutuu tällä hetkellä varsin huonosti, sillä odotusajat kiireettömään hoitoon ovat Suomessa kansainvälisesti katsoen pitkiä. Esimerkiksi Espoossa kiireetöntä aikaa terveysasemalle voi joutua odottamaan jopa 50 vuorokautta, Helsingissäkin 30 vuorokautta (Hoidon saatavuus 2016, 6; Naukkarinen 2017, 6).

Potilaan palveluketjun aloittavaan, puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin ei ole olemassa virallista valtakunnallista ohjeistusta. Laki antaa hoidon aikataulustakin vain hyvin summittaisen ohjeen: ”hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu” (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 51§).

Eduskunnan oikeusasiamies pyysi elokuussa 2014 Valviraa harkitsemaan, ”olisiko tarpeen kehittää selkeä valtakunnallinen ohjeistus hoidon kiireellisyyden ensiarvioon”. Lisäksi oikeusasiamies peräänkuulutti hoidon kiireellisyyden ensiarvioon yhdenmukaisuutta, jotta potilaat eivät olisi hoitopaikastaan riippuen eriarvoisessa asemassa hoidon kiireellisyyden ensiarviota tehtäessä (Jääskeläinen 2014). Marraskuussa 2014 Valvira kutsui koolle työkokouksen käynnistääkseen mietinnän siitä, kenen kuuluu vetää ohjeiston kehittämistä. Kokous ehdotti valtakunnallisten ohjeiden tekemistä hoitajavetoiseen hoidon tarpeen arviointiin sosiaali- ja terveysministeriön johdolla (Heino 2014).

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän yhtenä tavoitteena on tehdä ehdotus kiireellisen hoidon kriteeristöstä ja kiireettömän hoidon perusteiden päivittämisestä ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos. Työryhmän on tarkoitus saada työnsä valmiiksi vuoden 2018 loppuun mennessä. (STM 2017; Hoidon saatavuus 2016, 24.) Toivottavaa olisi, että tämän työryhmän ehdotusten pohjalta olisi mahdollista selkeyttää myös hoidon tarpeen arvioinnista annettuja ohjeita.

2 Hoidon tarpeen arviointi

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (2004, 2§) edellyttää, että ”hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä hoidon kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella”. Hoidon tarpeen arvioinnin tekee terveydenhuollon laillistettu tai nimikesuojattu ammattihenkilö ja se voidaan tehdä puhelinpalveluna. ”Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat.” (Valvira 2014; Valtioneuvoston asetus 2004, 2 2§.)

”Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä” (Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009, 9). Hoidon tarpeen arvioiminen perustuu tarkoituksenmukaiseen, systemaattiseen ja johdonmukaiseen tiedon keräämiseen, sillä ilman riittävää tietoa päätöksenteko jää heikolle pohjalle ja riittämättömin perustein tehty päätös voi vaarantaa potilasturvallisuuden (Alanen, Jormakka, Kosonen & Saikko 2016, 10). Potilaan tilanteen huolellinen kartoittaminen on perusta näyttöön perustuvalle päätöksenteolle (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007).

Kun potilas soittaa terveystaseman ajanvarausnumeroon, hän saa terveydentilansa perusteella joko ajan terveydenhuollon ammattilaiselle tai kotihoito-ohjeet. Hän voi hoidon tarpeen arvioinnin tuloksena saada myös kehotuksen ottaa yhteys päivystykseen. Aika lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotolle annetaan potilaan terveydentilan perusteella joko samalle päivälle, samalle viikolle tai myöhempään ajankohtaan. (Putkonen 2016.) Onnistuneen hoidon tarpeen arvioinnin tuloksena potilas ohjautuu tai ohjataan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sellaisten palvelujen piiriin, jossa hänen terveysongelmiaan voidaan parhaiten auttaa (Hoidon saatavuus 2016, 20).

Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään:

1. Syy siihen, miksi potilas hakeutuu hoitoon tai soittaa terveyskeskukseen.
2. Esitiedot eli anamneesi, mikä tarkoittaa potilaan perussairauksien, säännöllisen ja tilapäisen lääkityksen sekä muiden mahdollisten hoitojen kartoittamista.
3. Status kysymällä milloin kyseiset oireet ovat alkaneet, minkälaisina oireet esiintyvät tällä hetkellä, millaisissa tilanteissa oireet ilmenevät, onko oireita esiintynyt aiemmin ja miten mahdollisia aiempia oireita on hoidettu.
4. Mikä on potilaan yleisvointi kyseisellä hetkellä.
(Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009, 55-56.)

Lisätietoa voidaan hakea sairaanhoitopiirin potilastiedostoista sekä esimerkiksi KanTa-palvelusta (eArkisto, eResepti ja eKatselu), joka mahdollistaa potilaan tietojen ajantasaisen saatavuuden (Välimäki, K., ym. 2011).

Hoidon tarpeen arvioinnin lopputulos on päätös siitä, miten potilaan terveysongelman kanssa toimitaan. Potilas voi saada puhelun aikana kotihoito-ohjeet ja kehotuksen soittaa uudelleen, mikäli oireet eivät määritellyn ajan kuluessa helpotu. Hän voi saada myös puhelinajan tai kiireettömän vastaanottoajan terveydenhuollon ammattilaiselle päivien tai viikkojen päähän. Jos terveysongelma vaatii kiireellistä hoitoa, potilas saa joko akuuttiajan lääkärille esimerkiksi seuraavalle arkipäivälle tai kehotuksen lähteä välittömästi päivystykseen. (Putkonen 2016; Tyyskä 2012, 60.)

Yksinkertaisimmillaan hoidon tarpeen arvioiminen puhelinkeskustelun aikana tapahtuu seuraavan Seppälän (2017, 32) luetteloa mukaillen:

1. Puhelun aloitus
2. Identifiointi
3. Hoidontarpeen tunnistaminen
4. Hoidontarpeen määrittäminen
5. Päätöksenteko
6. Ohjeistus
7. Puhelun päättäminen
8. Kirjaaminen

Mikäli hoidon tarpeen arvioinnissa selviää, että potilas tarvitsee kiireellistä hoitoa, apuna voidaan käyttää erilaisia kiireellisyysluokitteluja. Esimerkiksi ABCDE-triagessa potilaat jaetaan eri luokkiin aikaperusteisesti. Potilaat voidaan jakaa tässä suoraan erikoissairaanhoitoon (A- ja B-luokka) ja terveyskeskuspäivystykseen (C-, D ja E-luokka) meneviin. E-luokka tarkoittaa potilaita, joiden hoitoa ei välttämättä tarvitse aloittaa päivystyksessä (Kanttonen 2014, 24; Malmström, Kiura, Malmström, Torkki ja Mäkelä 2012). Lindfors-Niilolan mukaan (2014, 22) kiireettömiksi eli triage-luokkaan E luokitellaan usein muun muassa flunssa ja mahatauti, pienet haavat, sairauslomatoistuksen tarve, korvakipu tai korvan huuhtelu, lieväoireinen poskiontelontulehdus, pitkäaikainen oire ilman pahenemisen merkkejä, rokotukset sekä terveysongelmat, joihin ei ole saatu apua kotihoidosta. ABCDE-triagen lisäksi Suomessa on käytössä muun muassa ESI TRIAGE, joka poimii potilasjoukosta välitöntä ja kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat (Kallankari 2016). Suomen terveydenhuollossa käytössä olevien, potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioon tarkoitettujen kiireellisyysluokittelujen keskinäisestä luotettavuudesta ja paremmuudesta ei ole tutkimustietoa (Kanttonen 2014, 8).

”Terveysthuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559, 15 §). ”Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista” (Terveysthuoltolaki 2010/1326, 50 §). Käytännössä kiireellinen hoito tarkoittaa terveysasemalla joko lääkärin akuuttivastaanottoajan varaamista tai ohjausta päivystykseen (Putkonen 2016).

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarpeelliseksi todettu kiireetön hoito ”on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu” (Terveysthuoltolaki 2010, 51 §). Kiireettömällä hoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa potilaan terveydentila ei vaadi välitöntä hoitoon pääsyä, vaan potilas voi odottaa sekä hoidon tarpeen arviointia, että hoitoon pääsyä.

Hoidon tarpeen arviointi on keskeinen osa potilaan hoitoa, mutta se on eri asia kuin varsinainen taudinmääritys, sillä siinä ei ole kyse lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen tutkimukseen perustuvasta taudinmäärityksestä (Valvira 2014). Mikäli hoidon tarpeen arviointia ei pystytä syystä tai toisesta tekemään ensimmäisen puhelun aikana, on se lain mukaan tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä ensimmäisestä puhelusta (Terveysthuoltolaki 2010, 51 §).

2.1 Hoidon tarpeen arviointi hoitajan työtehtävänä

Potilasturvallisuuden vuoksi on erittäin tärkeää, että hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on tehtävän edellyttämä osaaminen ja kokemus, siksi hoidon tarpeen arvioinnin tekee terveydenhuollon laillistettu tai nimikesuojattu ammattihenkilö. Virallinen vastuu hoidon tarpeen arvioinnista on kuitenkin johtavalla tai vastaavalla lääkärillä, koska hoitajan tekemä hoidon tarpeen arvio perustuu käytännössä johtavan tai vastaavan lääkärin antamaan ohjeistukseen. (Valvira 2014.)

Siitä, kenen hoidon tarpeen arviointia kuuluisi terveyskeskuksissa tehdä, on esitetty useita eri mielipiteitä. Valviran (2017) mukaan hoidon tarpeen arviointi on niin vaativaa, että esimerkiksi lähihoitajan osaaminen ei siihen riitä. Heinon (2014) mielestä hoitajien tekemä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi on ylipäättään liian kirjavaa ja vaatii nykyistä täsmällisempiä ohjeita.

Hoitajien hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseksi on esitetty erilaisia suosituksia. Suomen sairaanhoitajaliiton hallitus asetti keväällä 2013 Advanced Practice Nursing (APN) -asiantuntijatyöryhmän, jonka tarkoituksena oli määritellä, mitä kansainvälinen käsite APN

(laajavastuinen hoitotyö) tarkoittaa Suomessa. Asiantuntijatyöryhmän tarkoituksena oli lisäksi kuvata sitä, millaisissa tehtävissä ja nimikkeillä sekä millaisella koulutuksella ja osaamisella APN-sairaanhoitajat tulevat maassamme toimimaan. Työryhmä visioi raportissaan, että laajavastuisen hoitotyötä tekevät tulevaisuudessa asiantuntijasairaanhoitaja (Nurse Practitioner) ja klinisen hoitotyön asiantuntija (Clinical Nurse Specialist), joista ensimmäisen työnkuvaan kuuluu laaja-alainen ja kokonaisvaltainen hoitotyö, itsenäinen potilaan tutkiminen ja hoidon tarpeen arviointi sekä oireenmukaisen hoidon aloittaminen ja seuranta niin akuuteissa kuin kroonisissa terveysongelmissa. Työryhmä suosittelee muun muassa, että sairaanhoitajille tulee luoda selkeä klinisen asiantuntijuuden koulutuspolku, ja että asiantuntijakoulutukselle tulee määritellä kansalliset osaamisvaatimukset. (Kotila ym. 2016, 3, 9, 47.)

Terveystieteiden ammattihenkilön velvollisuuksiin kuuluu ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 9). Ammattitaitoa tarvitaan, koska puhelinkeskustelun aikana hoitajan on saatava selville hyvin lyhyessä ajassa, tarvitseeko soittaja vastaanottoajan, ohjataanko hänet sairaanhoitajan vastaanotolle tai päivystykseen vai pärjääkö soittaja kotona, jos hän saa riittävästi kotihoito-ohjeita (Tyyskä 2012, 60). Riittävästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta huolehtiminen on työnantajan tehtävä, mutta työssä oppiminen ja kehittyminen sekä kiinnostus koulutukseen lähtevät yksilöstä (Valvira 2014; Haapa-aho ym. 2009, 9).

2.2 Puhelimitse tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin haasteet

Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi ja puhelinohjaus ovat hoitajalle haastavia tehtäviä, ja edellyttävät häneltä paljon ammatillista osaamista (Orava 2010, 69; Putkonen 2016). Hoitajan on soittajaa kuuntelemalla ja haastatteleamalla saatava lyhyessä ajassa selville se ongelmatilanne, jonka vuoksi soittaja on ottanut yhteyttä (Tyyskä 2012, 47). Hoitajat kokevat hoidon tarpeen arvioinnin puhelimessa vaikeana, koska hoitajan on puhelinkeskustelun aikana kuulosteltava myös niitä asioita, joita potilas ei kerro eli soittajan viestiä on tulkittava kokonaisvaltaisesti (Putkonen 2016; Tyyskä 2013, 73). Anderssonin ja Kylänpään (2002) siteeraaman Marckwortin (2000, 12) mukaan puhelimessa sanat ovat 20% viestinnästä ja ääni 80%. Puhelimessa ei siis tule keskittyä pelkästään siihen, mitä sanoo, vaan myös siihen, miten sen sanoo (Seppälä 2017, 22).

Hoidon tarpeen arviointi puhelimessa edellyttää vahvaa ammatillista vuorovaikutustaitojen hallintaa, jotta potilaan oikeudet hyvään hoitoon toteutuvat (Seppälä 2017, 20). Kun niin sanotussa kasvokkain -viestintätilanteessa kyetään tekemään päätelmiä nonverbaalista viestinnästä monipuolisesti, puhelintilanteessa päätelmät perustuvat ainoastaan paralingvistiikkaan eli ääneen ja sanavalintoihin. Kuullun jäsentäminen ja kysymysten esittäminen sen pohjalta vaatii keskittymistä (Andersson & Kylänpää. 2002. 163, 165).

Puhelintilanteeseen sisältyykin muunnellun totuuden riski; kaikki ei ole sitä, miten soittaja sen kertoo (Seppälä 2017, 21). Kun todella pyritään ymmärtämään, mitä puhuja haluaa sanoa, tarvitaan aktiivista ja kognitiivista kuuntelua (Andersson, S. & Kylänpää, E. 2002, 25).

Lähtökohtana on se, että potilaan asioista keskustellaan vain potilaan tai hänen valtuuttamansa henkilön kanssa (STM 2004, 143). Puhelun aluksi soittaja onkin pyrittävä tunnistamaan (Tyyskä 2012, 70). Tunnistaminen tapahtuu pääsääntöisesti kysymällä soittajalta henkilötunnus, minkä lisäksi potilaan tunnistamista pyritään usein vahvistamaan myös erilaisilla lisäkysymyksillä. Epävarmoissa tapauksissa voidaan esimerkiksi soittaa takaisin potilasasiakirjoista löytyvään numeroon. (STM 2004, 142-143.) Vaikka täysin varmoja soittajan tunnistamiskeinoja ei ole tällä hetkellä olemassa, Tyyskän tutkielmassa (2012, 47) haastateltavat hoitajat kokivat soittajan henkilöllisyyden varmentamisen varsin ongelmattomaksi, koska heillä oli potilasasiakirjat käytössään.

Puhelimitse tehty hoidon tarpeen arviointi perustuu soittajalta saatuun tietoon. Jotta puhelun aikana saadaan selville yhteydenoton syy, oireet, oireiden vaikeusaste ja hoidon kiireellisyys, hoitajan pitää kartoittaa soittajan ongelmia hyvin laaja-alaisesti. (Tyyskä 2012, 47.) Hoitaja voi käyttää apuvälineenään erilaisia ohjeistuksia ja tietokoneohjelmia (Orava 2010, 69). Tyyskän tutkielmassa (2012, 47) hoitajat kokivatkin erilaisten ohjeistusten ja tarkistuslistojen helpottavan kysymysten muotoilua ja ongelman kartoitusta.

Hoitajan potilaalle puhelimesta esittämien kysymysten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Hoitotyön ja lääketieteen termien käyttäminen on mahdollista vain sillä tasolla, kuin ne on soittajan mahdollista ymmärtää. (Seppälä 2017, 26.) Kysymyksiä voi esittää kahdella tavalla, joko avoimina tai suljettuina. Avoimilla kysymyksillä potilasta pyydetään kuvailemaan tilannetta. Kysymyksinä voivat olla esimerkiksi: Mikä on tällä hetkellä pahin ongelmistasi?, Kertoisitko ensin..., Millä tavoin...?, Mikä sinua huolestuttaa...? (Seppälä 2017, 26). Suljettu kysymys muotoillaan siten, että potilaan on mahdollista vastata siihen vain yhdellä sanalla, esimerkiksi vuosiluvulla tai kyllä tai ei.

Seppälä (2017, 27) antaa hoitajalle kysymysten esittämiseen ohjeita:

- Esitä vain yksi kysymys kerrallaan ja odota vastausta.
- Jos vastaus jää epäselväksi:
 - kysy uudelleen ja vaihda kysymyksen asettelua tarvittaessa
 - pyydä toistamaan
 - pyydä täsmentämään (älä tyydy sekavaan vastaukseen)
 - anna tarvittaessa esimerkki
- Ohjeita antaessaan hoitajan tulee:
 - varmistaa, onko ohje ymmärretty (ns. kaksisuuntainen viestintä).

- varmistaa, tietääkö soittaja, miten pitää menetellä.
- Kaksisuuntaisessa viestinnässä hoitajan kannattaa toistaa, mitä potilas sanoo ja pyytää soittajaa toistamaan, mitä itse sanoi. (Seppälä (2017, 27.)

Puhelin voi laitteena olla joillekin potilaille hankala käyttää. Esimerkiksi ikääntyneille matkapuhelimen käyttäminen voi tuottaa hankaluuksia, koska niiden suunnittelussa ei ole otettu huomioon ikäihmisten tarpeita. Matkapuhelimen käyttäminen voi olla hankalaa myös kuulolaitetta käytäville. (Mäensivu 2002, 112.) Puhelinkeskustelun päätteeksi onkin hyvä toistaa puhelun ydinkohdat, kuten kellonajat, päivämäärät ja muut tilanteen kannalta olennaiset seikat (Andersson, S. & Kylänpää, E. 2002, 165).

Puhumisen ongelmat voivat vaikeuttaa puhelimella kommunikointia. Potilaalla voi olla esimerkiksi kehitysvamma tai äänihäiriö, joka vaikeuttaa puheen tuottamista ja ymmärtämistä. Syväoan ja Äijälän (2009, 32) mukaan sairauden, vamman tai iän vuoksi huonosti kommunikoivan potilaan hoidon arviointi ei ole puhelimessa edes mahdollista. Käytännössä kuvatun kaltainen tilanne johtanee siihen, että potilas pyydetään paikan päälle.

Potilaan puhelun syy eli oireet sairaudesta voivat myös vaikeuttaa puheen ymmärtämistä. Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöissä puheen vaikeus on yksi ensimmäisistä oireista (Sinisalo 2016). On myös muistettava se, että puhelimessa puhuminen voi joillekin ihmisille olla lähtökohtaisesti hankalaa ja epämiellyttävää, eikä puhelinkeskustelu näin ollen anna hoitajalle oikeaa kuvaa potilaan tilanteesta.

2.3 Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä annettava neuvonta

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan mukaan puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi ja sen yhteydessä annettava neuvonta tulee erottaa yleisistä neuvontapalveluista (Syväoja ja Äijälä 2009, 19). Jos puhelinneuvonnassa otetaan kantaa henkilön terveydentilaan ja annetaan yksilöllisiä ohjeita, siitä muodostuu potilaan ja hoitajan välille hoitosuhde. Kyseessä on tällöin potilaslain tarkoittama terveyden- ja sairaanhoito, jolloin neuvojan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö ja hänen tulee tehdä neuvonnasta potilaslain mukaiset asiakirjamerkinnät. (STM 2004, 135-137.) Hoidon tarpeen arviointia ei siis voi tehdä esimerkiksi vanhan terveyskeskusavustajakoulutuksen saanut henkilö tai terveydenhuollon opiskelija (Hyryn kangas-Järvenpää 2007).

Parhaimmillaan puhelinneuvonta on ”laadukasta terveystalvaelua, jossa asiakkaalle tarjotaan terveydenhuollon ammattilaisen tieto ja taito heti ensikontaktissa” (Hyryn kangas-Järvenpää 2007). Tutkittua tietoa siitä, minkälaisilla edellytyksillä hoitajan antama puhelinohjaus on laadukasta ja vaikuttavaa, ei Suomessa juuri ole. Koulutuksella lienee vaikutusta, sillä esimerkiksi Tarkiaisen ym. (2012, 108) tutkimuksessa päi vystysyksikön puhelinneuvonnan

koulutusinterventiolla oli vaikutusta sairaanhoitajien puhelinneuvonnan osaamiseen ja vastaajat arvioivat tietonsa ja taitonsa paremmiksi lähes jokaisella kysytyllä alueella intervention jälkeen. Lisäksi, vaikka sairaanhoitajat tunnistivat ammatillisen vastuunsa ja puhelinneuvontaa ohjaavat arvonsa jo alkumittauksessa, koulutusinterventiolla pystyttiin lisäämään sairaanhoitajien lainsäädännön tuntemusta ja asiakkaan aktiivisuuden korostamista. (Tarkianen ym. 2012, 110.)

Puhelinohjaustilanteissa päätöksentekoon tarvitaan usein oman kokemustiedon lisäksi erilaisia tiedonlähteitä (Tyyskä 2012, 53). Lipposen (2014, 49) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö kaipaa enemmän ohjausta tukevaa materiaalia, kuten potilasohjeita ja ohjausvideoita sekä koulutusta sairauksista, niiden oireista, hoidosta ja ohjausmenetelmistä. Hyvä esimerkki käytettävissä olevasta materiaalista on Sairaanhoitajan käsikirja, joka on sairaanhoitajien jokapäiväiseen käyttöön tehty työn apuväline. Lyhyet artikkelit kattavat perusterveydenhuollon tavallisimmat hoitotilanteet ja -toimenpiteet. Sairaanhoitajan käsikirja perustuu yleisesti hyväksyttyihin ja kokemusperäisiin hoitokäytäntöihin, saatavilla olevaan tutkittuun tietoon sekä Hoitotyön ja Käypä hoito -suosituksiin. (Terveysportti 2017.)

Puhelinohjausta antavilla hoitajilla tulee olla mahdollisuus joustavaan lääkärin konsultaatioon (Hyryn kangas-Järvenpää 2007). Esimerkiksi Tyyskän (2012, 56) tutkielmassa kaikki haastateltavat hoitajat käyttivät hyväkseen konsultaatiomahdollisuutta ja sitä pidettiin ehdottoman tärkeänä. Lääkäriltä kysyttiin yleisimmin lääkkeisiin liittyvää tietoa, eli kysymykset koskivat lääkkeen käyttöä, aloitusta, lääkkeen vaihtoa tai lääkeannoksen muutosta. (Tyyskä 2012, 56.)

2.4 Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen

Potilaslaissa ja potilasasiakirja-asetuksessa on määritelty se, kuka asiakirjoja voi laatia ja mitä tietoja niihin tulee merkitä. Hoitosuhde antaa hoitajalle oikeuden käyttää tarvittavia potilastietoja ilman potilaan erillistä suostumusta. Se, että henkilö hakeutuu hoitoon, voidaan katsoa hiljaiseksi suostumukseksi käyttää asiaan liittyviä potilastietoja. Potilastietojärjestelmään kirjaaminen on oikeusturva sekä potilaalle että hoitajalle, sillä potilasasiakirjat nousevat keskeiseen asemaan, jos on tarvetta selvittää, minkälainen hoidollinen neuvo on annettu, kenelle neuvo on annettu ja kuka neuvon antoi (Tyyskä 2012, 53; STM 2004, 138).

Kirjausten tekeminen vaatii tarkkuutta ja huolellisuutta. Potilasasiakirjat tulee laatia tietoisena siitä, että potilas voi tarkastaa merkinnät. Huolellisesti laaditut potilasasiakirjamerkinnät edistävät potilastietojen oikeellisuutta sekä palvelun tarpeenmukaisuutta, tuloksellisuutta ja tehokkuutta. (Nuolivirta, M. & Sahila, S. 2013, 9.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009, 7§) edellyttää, että kirjausten on oltava ”selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehdessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja

hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä”. Lisäksi merkinnöistä on käytävä ilmi ”tietojen lähde, jos ne eivät perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja” (STM 2009, 7§).

Kirjaamisen tulee olla riittävän kattavaa. ”Terveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 12§).

”Terveystieteiden ammattihenkilön tulee pyrkiä tunnistamaan potilas sekä, jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta, tämä yhteydenottaja. Myös potilaan ja muun yhteydenottajan tunnistamistavasta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin.” (Valtioneuvoston asetus 2004, 3§.) ”Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 12§). Lisäksi ”potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät tiedossa olevasta potilaan lääkeaineallergiasta, materiaaliallergiasta, yliherkkyydestä sekä muista vastaavista hoidossa huomioon otettavista seikoista” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 13§). ”Mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tilanne on tai mitä merkittävämmästä hoitopäätöksestä on kyse, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin potilasta koskevat tiedot tulee kirjata” (Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely 2012, 45).

Potilasasiakirjoihin ei saa tehdä turhia, asiaan liittymättömiä merkintöjä. Henkilötietolain niin sanottu tarpeellisuusvaatimus edellyttää, että potilasasiakirjoihin kerätään ja tallennetaan vain potilaan hoidon kannalta tarpeellisia tietoja (Henkilötietolaki 1999/523, 9 §; Nuolivirta, M. & Sahila, S. 2013, 6). Potilasasiakirjoihin ei myöskään saa merkitä arkaluonteisia tietoja, kuten rotu, uskonnollinen vakaumus, rangaistus tai muu rikoksen seuraamus, vammaisuus tai seksuaalinen suuntautuneisuus, paitsi jos ne ovat välttämättömiä potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta (Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely 2012, 46).

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (2004, 3 §) edellyttää, että ”hoidon tarpeen arvioinnista ja arvion tehneen terveystieteiden ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpide-ehdotuksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin”. Jos potilas ”joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät viivästyksen syystä, potilaalle ilmoitetusta hoitopääsystä ja siitä, että mainitut tiedot on ilmoitettu potilaalle. Potilasasiakirjoihin merkitään myös tieto potilaan ohjaamisesta muuhun hoitopaikkaan”. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 18 §.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sitä, tehdäänkö puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi ja puhelujen kirjaaminen terveysasemalla hoidon tarpeen arvioinnista laissa ja asetuksissa annettujen ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisäksi kuvata hoitajan tekemää, puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia siitä tehtyjen kirjausten perusteella.

Opinnäytetyön tavoitteena oli auttaa terveysasemaa kehittämään hoitajien tekemää hoidon tarpeen arviointia. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisäksi auttaa terveysasemaa yhtenäistämään hoitajien tekemää hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamista.

Hoitajalla tarkoitetaan opinnäytetyössä sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kättilää, ensihoitajaa tai lähihoitajaa, joka tekee hoidon tarpeen arviointia. Terveysasemalla tarkoitetaan opinnäytetyössä sitä Uudellamaalla sijaitsevaa terveysasemaa, joka oli yhteistyökumppanina opinnäytetyön tekemisessä.

3.1 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata kysymyksiin:

1. Toteutuuko puhelimesta tehty hoidon tarpeen arviointi terveysasemalla siitä säädettyjen lakien ja asetusten mukaisesti?
2. Miten puhelimesta tehty hoidon tarpeen arviointi tällä hetkellä terveysasemalla kirjataan?

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön aineistona käytettiin dokumentteja, jotka oli tulostettu terveysaseman potilastietojärjestelmästä. Dokumenttien sisältönä oli terveysaseman ajanvarausnumeroihin vuoden 2017 aikana tulleista puheluista tehdyt kirjaukset. Dokumentit tulosti joku terveysaseman työntekijä terveysaseman hoitajien esimiehen pyynnöstä. Hoitajien esimies oli ohjeistanut dokumenttien tulostajaa tulostamaan 50 sellaista dokumenttia, joissa otsikkona oli hoidon tarpeen arviointi. Opinnäytetyön tekijä ei ollut yhteydessä dokumentit tulostaneeseen henkilöön.

Kun dokumentteja ryhdyttiin tarkastelemaan analyysin tekemistä varten, huomattiin, että 13:ssa dokumentissa sisältönä oli hoidon tarpeen arviointi -otsikosta huolimatta esimerkiksi ajanvaraus lääkärille sairaalalääkärin määräyksen mukaisesti, ajanvaraus hoitajalle omalääkärin määräyksen mukaisesti, laboratoriolähetteen tekeminen omalääkärin ohjeen mukaan tai jo sovitun lääkärinajan siirtäminen toiseen ajankohtaan. Koska näissä dokumenteissa sisältönä ei ollut varsinainen hoidon tarpeen arviointi, ne suljettiin pois aineistosta. Aineistosta suljettiin pois lisäksi kaksi dokumenttia, joiden sisältämästä mahdollisesta hoidon tarpeen arvioinnista ei kirjaamisen perusteella voinut olla varma. Koska jäljelle jäävien 35:n dokumentin ajateltiin olevan otantana liian pieni, terveysasemalta pyydettiin ja saatiin vielä 15 uutta dokumenttia, joiden sisältönä oli hoidon tarpeen arviointi. Otannaksi tuli näin ollen 50.

Dokumenteista, jotka terveysasema luovutti opinnäytetyötä varten, oli leikattu pois niiden ylälaudassa olleet tiedot potilaasta. Alla oleva esimerkkidokumentti (Kuva 1) on yhdistelmä useista opinnäytetyössä käytetystä dokumentista, joten sitä ei voi yhdistää dokumentin laatineeseen hoitajaan eikä hoitajalle soittaneeseen potilaaseen. Osassa dokumenteista oli neljä otsikkoa: diagnoosit, toimenpiteet, hoidon tarve ja suunnitelma/pohdinta. Osassa dokumenteista oli näistä kolme ensimmäistä ja hoidon jatkosuunnitelma oli kirjoitettu hoidon tarve -otsikon alle.

Diagnoosit	ICPC: D06 VATSAN ALUEEN KIPU, PAIKALLINEN, MUUT (Todennäköinen tai varma)
Toimenpiteet	SPAT 1341 Ohjaus lääkärille tai hammaslääkärille
Hoidon tarve	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI Soittaa. Jonkinlaista vatsakipua edelleen. Pidempi putki alkoa takana ja ollut deliriumin hoidossa Peijaksessa. Myös olkapäässä vaivaa. Olkapää kivuton vain paikallaan ollessa. Kolmantena asiana astma- ja sokerilääkkeiden uusinnat.
Suunnitelma/pohdinta	JATKOSUUNNITELMA Varattu aika omalääkärille. Laitettu lääkärille viestiä astma- ja sokerilääkkeiden uusimisesta.

Kuva 1.

4.2 Menetelmät

Opinnäytetyö tehtiin tutkielmana. Opinnäytetyöprosessin viitekehyksenä oli dokumenttianalyysi. Ennen aineiston läpikäyntiä muotoiltiin analyysirunko käyttäen apuna Syväojan ja Äijälän (2009, 55-56) hoidon tarpeen arvioinnin sisältö -luetteloa. Analyysirungon osat muokattiin kysymyksiksi.

Aineisto käytiin läpi sisällönanalyysin avulla siten, että aineistosta poimittiin kaikki ne ilmaukset, jotka vastasivat vähintään yhteen analyysirungon kysymyksistä. Tämän jälkeen ilmaukset luokiteltiin analyysirungon osia vastaaviksi. Koska analyysirungon kohtaan ”5. Jatkohoito” löytyi aineistosta vastauksia analyysirungon vastausvaihtoehtoja enemmän, analyysirunkoa muokattiin lisäämällä alkuperäiseen analyysirunkoon kohdat ”tutkimusajan varaus” ja ”reseptin uusinta”.

Kuhunkin analyysirungon osaan kuuluvat ilmaukset analysoitiin dokumentti kerrallaan kvantitatiivisesti excel-taulukon avulla (Liite 1) siten, että mikäli kyseinen ilmaus esiintyi dokumentissa, se sai arvon 1. Mikäli kyseinen ilmaus ei esiintynyt dokumentissa, se sai arvon 0. Ilmausten määrä laskettiin yhteen analyysirungon osa kerrallaan. Yhteenlaskun tuloksista tehtiin kuviot 1 - 6.

Ilmausten luokittelua jatkettiin sisällönanalyysin avulla. Analyysirungon kohdassa ”2. Yhteydenoton syy: Miten oireet on kirjattu?” oireiden ilmaukset luokiteltiin vielä kipuihin ja vaivoihin, tulehdusoireisiin, ihon kuntoon liittyviin oireisiin, mielenterveysongelmiin,

naistentauteihin viittaaviin oireisiin, virtsaamis- ja ulostamisongelmiin sekä huonovointisuuteen. Oireiden ilmausten luokittelu taulukoitiin (Taulukko 1).

Analyysirungon kohdassa ”2. Yhteydenoton syy: Miten oireiden alkuaika on kirjattu?” oireiden alkuajan ilmaukset luokiteltiin tarkkoihin ja epätarkkoihin ilmauksiin ja taulukoitiin (Taulukko 2).

Analyysirungon kohdassa ”2. Yhteydenoton syy: Miten oireiden toistuvuus tai jatkuvuus on kirjattu?”, ilmaukset luokiteltiin erikseen oireiden toistuvuutta kuvaaviin ja oireiden jatkuvuutta kuvaaviin. Ilmaukset taulukoitiin (Taulukko 3).

Analyysirungon kohdassa ”2. Yhteydenoton syy: Miten oireiden voimakkuus on kirjattu?” ilmaukset luokiteltiin oireiden voimakkuutta, oireen muutosta, potilaan työkykyä, kipulääkkeiden käyttöä, potilaan toimintakykyä ja potilaan unen laatua kuvaaviin. Ilmaukset taulukoitiin (Taulukko 4).

Analyysirungon kohdassa ”2. Yhteydenoton syy: Miten oireiden aiempi hoito on kirjattu?” ilmaukset luokiteltiin lääkärin aiemmin määräämiä lääkkeitä kuvaaviin, aiempia käyntejä lääkärin vastaanotolla kuvaaviin ja aiempia toimenpiteitä kuvaaviin ilmauksiin. Samoin omaan luokkaansa luokiteltiin ilmaukset, joissa viitattiin potilaan hoidosta aiemmin kirjoitettuihin teksteihin sekä ilmaukset, joissa kuvattiin sitä, miten oireita tai sairautta on pyritty hoitamaan kotona. Ilmaukset taulukoitiin (Taulukko 5).

Analyysirungon kohdassa ”3. Yleistila” ilmaukset luokiteltiin työkykyyn, vireystilaan, toimintakykyyn, unen laatuun ja mielialaan. Ilmaukset taulukoitiin (Taulukko 6).

4.2.1 Dokumenttianalyysi

Dokumenttianalyysi on tutkimuksen lähestymistapa, jossa kiinnostuksen kohteena on sellainen tutkimusaineisto, jota ei saada koottua suorien ja välittömien havaintojen teolla. Dokumenttianalyysi on sellaisen tutkimusaineiston analyysia, joka on olemassa tutkijasta huolimatta ja siinä käytetään valmista eli olemassa olevaa tietoa. (Sivonen 2017, tiivistelmä, 1.) Dokumentit voivat Sivosen (2017, 32) mukaan olla painettuja tai sähköisiä, alkuperäisiä tai muokattuja, tuoreita tai historiallisia, yksityisesti tai kollektiivisesti tuotettuja sekä henkilökohtaiseen tarkoitukseen tai julkiseen levitykseen luotuja. Opinnäytetyössä käytettävät dokumentit hoidon tarpeen arvioinnista olivat olleet olemassa tutkijasta huolimatta. Dokumenttianalyysiä voidaan käyttää ensisijaisena menetelmänä, kun tarkoituksena on hankkia empiiristä tietoa ilmiöstä, kuvata tutkittavan ilmiön kokonaisuutta,

nostaa esiin merkityksiä ja vahvistaa ymmärrystä, kerätä tietoa ja tosiasioita käsiteltävästä ilmiöstä (Sivonen 2017, 33).

Opinnäytetyön prosessi eteni seuraavasti Sivosen (2017, 53) kuviota mukaillen:

1. Tutkimusaiheen tarkentaminen: tutkimuskysymysten muodostaminen.

Tutkimuskysymykset nousivat opinnäytetyössä yhteistyökumppanina toimineen terveysaseman tarpeesta. Tutkimuskysymykset muotoiltiin paitsi opinnäytetyötä ohjaavien opettajien, myös yhteistyökumppanin edustajan eli hoitajien esimiehen kanssa.

2. Dokumenttien keruu. Tutkijan näkymätön rooli tiedonkeruun yhteydessä parantaa luotettavuutta.

Opinnäytetyön dokumentit olivat jo olemassa terveysaseman potilastietokannassa eli tutkija rooli oli näkymätön.

3. Dokumenttien valinta. Käytetään otantastrategioita: edustava otanta, määrätietoinen otanta tai tarkoituksenmukainen otanta.

Opinnäytetyössä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, mikä tarkoittaa sitä, että opinnäytetyön aineistoksi valittiin vain tietyt kriteerit täyttävät dokumentit (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013. 112). Aineistoksi valittiin vain dokumentit, joiden todellisena sisältönä oli hoidon tarpeen arviointi. Aineistosta suljettiin pois ne dokumentit, joiden sisältönä oli hoidon tarpeen arviointi -otsikosta huolimatta esimerkiksi ajanvaraus lääkärille sairaalalääkärin määräyksen mukaisesti, ajanvaraus hoitajalle omalääkärin määräyksen mukaisesti, laboratoriolähetteen tekeminen omalääkärin ohjeen mukaan tai jo sovitun lääkärinajan siirtäminen toiseen ajankohtaan. Aineistosta suljettiin pois lisäksi kaksi dokumenttia, joiden sisältämästä mahdollisesta hoidon tarpeen arvioinnista ei kirjaamisen perusteella voinut olla varma.

4. Dokumenttien analysointi. Etsitään dokumenteista vastauksia tutkimuskysymyksiin, sisältää tutkijan omaa tulkintaa.
5. Tulosten raportointi ja eettisyys. Arkaluonteinen tieto muutetaan tunnistamattomaksi lopullisessa tutkimusraportissa. Suoria lainauksia ei tulisi liittää sellaisenaan lopulliseen raporttiin, ei ainakaan ilman dokumentin laatijan lupaa.

Opinnäytetyössä käytetyt, dokumenteista poimitut suorat lainaukset pyrittiin tekemään niin lyhyiksi, että niitä ei voida yhdistää dokumentin tekijään eli kirjauksen tehneeseen hoitajaan tai potilaaseen, jonka puhelusta kirjaukset oli tehty.

4.2.2 Analyysirungon rakentaminen

Opinnäytetyön analyysirunko pohjautui Syväoan ja Äijälän (2009, 55-56) luetteloon hoidon tarpeen arvioinnin sisällöstä. Syväoan ja Äijälän (2009, 55-56) luettelo otettiin lähtökohdaksi, koska puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin ei ole olemassa virallista valtakunnallista ohjeistusta. Yhteistyökumppanina toimineella terveysasemalla ei myöskään ole puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin kaaviota tai sabluunaa, joka olisi voitu suoraan ottaa opinnäytetyön pohjaksi. Analyysirunkoa muokattiin sekä opinnäytetyötä ohjanneiden opettajien, että terveysaseman hoitajien esimiehen kanssa.

Analyysirungon kohdan 1 ensimmäinen alakohta, ”Miten potilaan tunnistaminen on kirjattu?”, perustuu lakiin: Valtioneuvoston asetuksessa (2004, 3§) todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pyrkiä tunnistamaan potilas ja henkilö, joka ottaa yhteyttä terveysasemalle potilaan puolesta. Toinen alakohta, ”Kuka soittaa? (Potilas vai läheinen)”, lisättiin analyysirunkoon opinnäytetyön tekijän omasta mielenkiinnosta.

Analyysirungon kohta 2, ”Yhteydenoton syy”, perustuu myös lakiin: Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (2004, 2§) edellyttää, että ”hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä hoidon kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella”. Alakohtien muotoilun tavoitteena oli se, että saataisiin valtioneuvoston asetuksen hoidon tarpeen arvioinnilta edellyttämät asiat selville mahdollisimman tarkasti ja yksityiskohtaisesti.

Analyysirungon kohta 3, ”Yleistila”, otettiin mukaan analyysirunkoon, koska Syväoja ja Äijälä (2009, 56) pitävät yleistilan selvittämistä yhtenä neljästä hoidon tarpeen arvioinnissa selvittävästä asiasta

Analyysirungon kohta 4, ”Esitiedot”, perustuu lakiin: Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (2004, 2§) edellyttää, että ”hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä hoidon kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella”. Mainituiksi esitiedoiksi tulkittiin opinnäytetyössä potilaan perussairaudet sekä lääkitys.

Analyysirungon kohta 5, ”Jatkohoito”, muokattiin alustavasti terveysaseman hoitajien esimiehen kanssa käydyn keskustelun perusteella ja lopulliseen muotoon opinnäytetyön aineistossa esiintyneiden jatkohoitoratkaisujen avulla.

Analyysirungon kohta 6, ”Potilaan ohjaus”, otettiin mukaan analyysirunkoon, koska yksi jatkohoitomahdollisuus oli kotihoito. Tässä tarkoitettiin tilannetta, jossa potilasta kehoitetaan jatkamaan oireiden tai taudin hoitamista kotona ja ottamaan uudelleen yhteyttä terveysasemalle, mikäli oireet pahenevat. Näin ollen haluttiin tietää, onko kotihoito-ohjeita annettu ja onko ne kirjattu, sekä onko potilaalle kerrottu, miten hänen tulee toimia oireiden pahentuessa.

Analyysirungon kohta 7, ”Potilaan mielipide”, otettiin mukaan puhtaasti opinnäytetyön tekijän mielenkiinnosta asiaa kohtaan. Tällä kohdalla haluttiin saada tietoa siitä, kertovatko potilaat oman mielipiteensä jatkohoidosta puhelun yhteydessä.

4.2.3. Analyysirunko

Dokumenteista selvitettiin seuraavat asiat:

1. Potilaan tai läheisen tunnistaminen
 - Miten potilaan tunnistaminen on kirjattu?
 - Kuka soittaa? (Potilas vai läheinen?)
2. Yhteydenoton syy
 - Miten oireet on kirjattu?
 - Miten oireiden alkuaika on kirjattu?
 - Miten oireiden toistuvuus tai jatkuvuus on kirjattu?
 - Miten oireiden voimakkuus on kirjattu?
 - Miten oireiden aiempi hoito on kirjattu?
 - a) itsehoito
 - b) hoito lääkärin tai hoitajan ohjeiden mukaan
3. Yleistila
 - Miten yleistila on kirjattu?
4. Esitiedot
 - Miten potilaan perussairauksien kartoittaminen on kirjattu?
 - Miten potilaan lääkityksen kartoittaminen on kirjattu?

5. Jatkohoito

- Mihin ratkaisuun on päädytty?
 1. Potilas on ohjattu päivystykseen hoitajalle tai lääkärille.
 2. Potilaalle on varattu akuuttiaika lääkärille.
 3. Potilaalle on varattu vastaanottoaika lääkärille.
 4. Potilaalle on varattu vastaanottoaika hoitajalle.
 5. Potilaalle on varattu puhelinaika lääkärille tai hoitajalle.
 6. Potilaalle on varattu tutkimusaika tai tehty lähete tutkimuksiin.
 7. Lääkärille on lähetetty viesti, jossa on pyydetty uusimaan potilaan resepti.
 8. Potilasta on kehoitettu jatkamaan kotihoitoa.
- Miten ratkaisu on perusteltu?

6. Potilaan ohjaus

- Miten potilaalle annetut kotihoito-ohjeet on kirjattu?
- Miten potilaan ohjeistus oireiden pahenemisen suhteen on kirjattu?

7. Potilaan mielipide

- Miten potilaan näkemys ehdotetusta jatkohoidosta on kirjattu?

4.2.4. Sisällönanalyysi

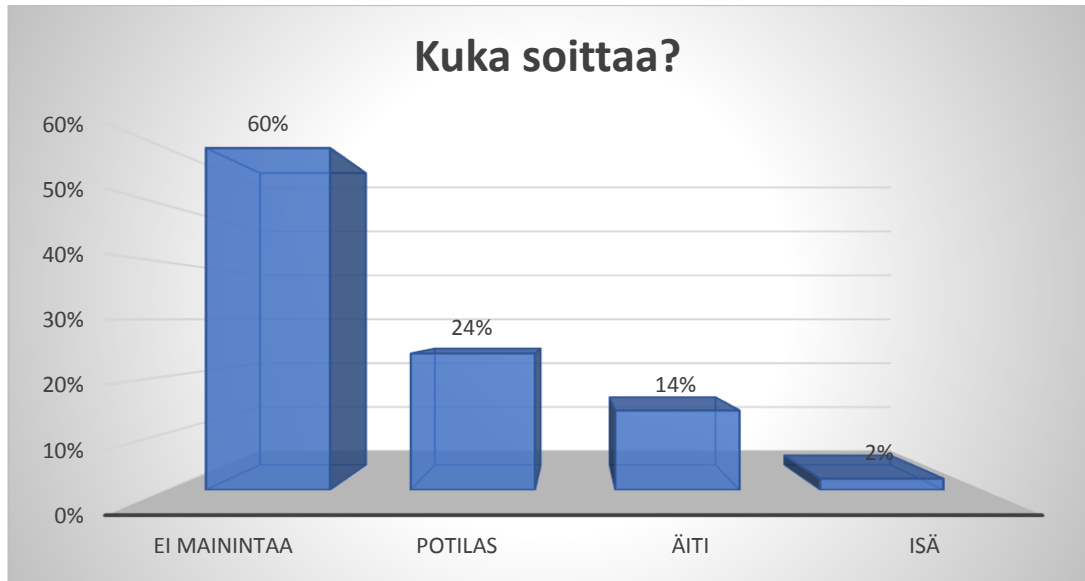
Opinnäytetyön dokumenttien sisältö analysoitiin käyttäen apuna Tuomen ja Sarajärven (2002, 94) kuvausta laadullisen tutkimuksen analyysin etenemisestä:

1. Aineisto käytiin läpi ja päätettiin, mitkä asiat aineistossa kiinnostavat. Aineistossa kiinnostivat kaikki ne ilmaukset, joiden avulla pystyttiin vastaamaan analyysirungon osien kysymyksiin. Sen sijaan esimerkiksi ICPC- ja SPAT -koodit tai dokumentissa käytetyt otsikot eivät kiinnostaneet.
2. Aineisto käytiin läpi uudelleen erotellen ja merkiten edellä mainitut kiinnostavat asiat.
3. Kiinnostavat asiat eli analyysirungon osien kysymyksiin vastaavat ilmaukset kerättiin yhteen.
4. Aineisto eli ilmaukset luokiteltiin ensin analyysirungon kysymyksien mukaisesti ja vielä alaluokkiin. Esimerkiksi oireet luokiteltiin kipuihin ja vaivoihin, tulehdusoireisiin, ihon kuntoon liittyviin oireisiin, mielenterveysongelmiin, naistentauteihin viittaaviin oireisiin, virtsaamis- ja ulostamisongelmiin sekä huonovointisuuteen.

5 Tulokset

5.1. Potilaan tai läheisen tunnistaminen

Osassa dokumenteista (40%, N=20) oli maininta siitä, kuka soittaa. Sitä, miten potilas tai potilaan puolesta soittava äiti tai isä oli tunnistettu, ei dokumentteihin oltu kirjattu. Osassa dokumenteista oli pelkästään maininta ”soittaa”. Tämä tulkittiin siten, että potilas soittaa itse.

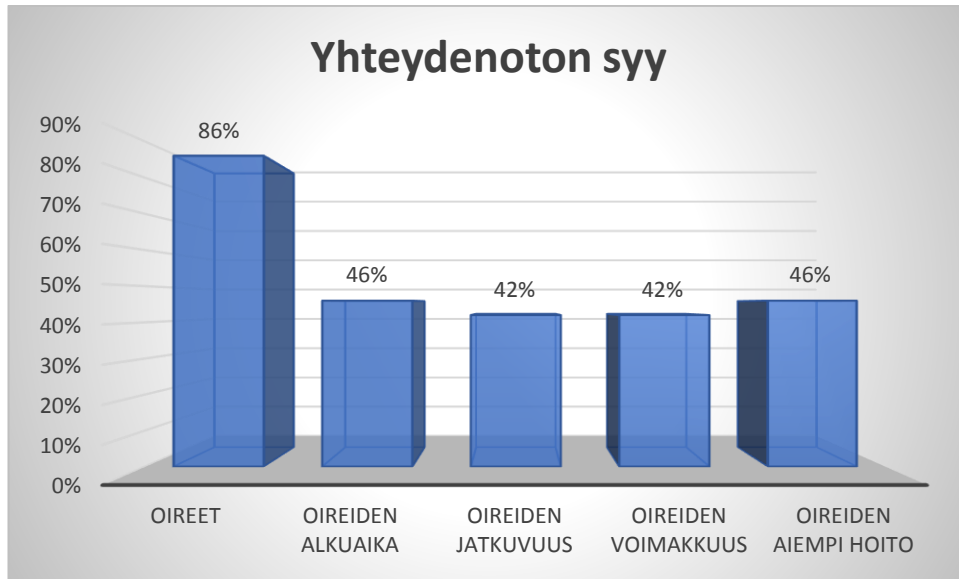


Kuvio 1.

5.2 Yhteydenoton syy

5.2.1 Miten oireet on kirjattu?

Suurimmassa osassa (86%, N=43) dokumenteista oli maininta oireista (kuvio 2). Eri oireita oli kirjattu yhdestä seitsemään.



Kuvio 2.

Yleisimpiä oireita olivat erilaiset kivut ja vaivat. Yleisiä oireita olivat myös erilaiset tulehdusoireet, kuten flunssaan tai virtsatieinfektioon liittyvät oireet. Myös erilaisia ihon kuntoon liittyviä oireita mainittiin useasti. Muita mainittuja oireita olivat mielenterveysongelmat, naistentauteihin viittaavat oireet, virtsaamis- ja ulostamisongelmat sekä huonovointisuus. 28 %:ssa dokumenteista (N=14) oli kirjattu niin sanottuja poissulkevia huomioita, mikäli potilaalla ei yhdestä oireesta huolimatta esiintynyt muita mahdolliseen taudinkuvaan liittyviä oireita (taulukko 1).

Kipu ja vaivat	<p>"Niskat jumissa ...", " ... vatsakipua ...", " ... polvet vihloneet ...", " ... alkanut kipuilemaan ...", " ... selkäkipu ...", "Suupielet kipeät ...", " ... varvaskipua ...", " ... hauislihaksessa ... kipu.", " ... sääri ja vasemman käden pikkurilli kipeät.", " ... päänsärkyä ...", "Selkä kipeytynyt ... kipu säteilee polviin ...", " ... polveen pistää ...", " ... olkapäässä ja niska/yläselkä vaivaa.", " ... lapaluu vaivaa ...", " ... käden vaivaa ...", " ... kivulta ...", " ... rintarauhasen kivusta, ... selän kivusta."</p>
Tulehdusoireet	<p>"Hengittäminen tuntuu raskaalta.", " ... lievä lämpö ...", " ... lämpöä ...", " ... kuumetta ja flunssaa ...", " ... yskää...", " ... flunssaa ja kovaa yskää ja limannousua ...", " ... korvat tukkoiset ...", "Epäilee sinuiittia.", " ... kurkkukipu ja yskä.", " ... nousee</p>

	vihreää limaa ... ”, ” ... hengenahdistusoireilua.”, ” ... turvonneet Imusolmukkeet ... ”, ” ... kurkku ollut tukossa.”
Iho-oireet	” ... vekkihaava ... ”, ” ... sääri mustan oloinen ja kohoumaa.”, ” ... punoittamaan, turpoamaan.”, ” ... varpaan pään mustuneen.”, ” ... paise ... ”, ” ... turvotusta ... ”, ” ... ihottuma ... ”, ” ... kutinaa ... ”, ”Iho kutisee.”, ” ... ihottuma palaamassa takaisin.”, ”...verenpurkauksia ... ”, ” ... imusolmukkeet ... turvoksissa.”, ” ... tunnoton.”
Mielenterveysongelmat	”Ahdistaa.”, ” ... järkyttynyt ... ”, ” ... menee huonosti ... ”, ” ... alkanut käyttämään alkoholia enemmän ... ”, ” ... käyttäytymään eri lailla kuin ennen.”, ” ... paniikkikohtaukset ... ”, ” ... on itkuinen ... ”.
Naistentauteihin liittyvät oireet	”Kuumia aaltoja ja hikiuuskia ... ”, ” ... välilihassa vaaleanruskean läiskän. ”, ”Alavatsavaivojen ... ”, ”Luomi ... häpyhuulessa, runsaasti valkovuotoa.”, ” Emättimestä ... valkovuotoa, alavatsakipua.”
Virtsaamisongelmat	” ... virtsaamisvaikeuksia ja tihentynyttä virtsaamisen tarvetta.”, ” ... virtsasuihku huonontunut ... ”, ” ... virtsatieoireet ... ”.
Ulostusongelmat	”Ulostaminen kivuliasta ... ”, ” ... peräpukamat alkaneet vaivaamaan ... ”, ” ... ei aina saa peräsuolta tyhjäksi.”, ” ... ummetus ... ”.
Huonovointisuus	” ... kokee olonsa väsyneeksi ... ”, ” ... väsymys ... ”, ” ... huimausta ... ”, ” ... huonoa oloa ... ”.

Poissulkevat huomiot	”Ei ihorikkoa, ei infektion merkkejä.”, ”Korvasta ei valu märkää ...”, ”Ei kuumetta, ei selkäkipua.”, ”Ei kuumetta.”, ”Ei cauda-oireita.”, ”Lämpöä ei juuriaan ole ...”, ”Ei nouse limaa.”, ”Ei vaivaa millään lailla.”, ”... ei lämpöä.”, ”... ei limaa.”, ”Ei turvotusta.”, ”... kuumetta ei ole.”, ”Ei virtsan- tai ulosteenpidätysvaikeuksia.”, ”Rupialue ei nouse nenään asti.”, ”Ei selkeitä tulehduksen merkkejä.”
----------------------	---

Taulukko 1.

5.2.2 Miten oireiden alkuaika on kirjattu?

Oireiden alkuaika oli mainittu 46 %:ssa (N=23) dokumenteista (kuvio 2). Käytössä oli sekä tarkkoja että epätarkkoja ilmauksia (taulukko 2).

Tarkat ilmaukset	”... eilen ...”, ”... kolme päivää sitten ...”, ”... viikonloppuna ...”, ”... viime perjantaina ...”, ”... viikko sitten ...”, ”... kaksi viikkoa sitten ...”, ”... kolme viikkoa sitten ...”, ”... kaksi kuukautta sitten ...”.
Epätarkemmat ilmaukset	”... muutama päivä sitten ...”, ”... pari viikkoa sitten ...”, ”... heinäkuussa ...”, ”... aiemmin ...”, ”... yli kuukausi sitten ...”, ”... viime aikoina ...”, ”... viime viikolla ...”, ”... jo edellisen lääkityksen aikaan ...”, ”... pidemmän aikaa ...”.

Taulukko 2.

5.2.3 Miten oireiden toistuvuus tai jatkuvuus on kirjattu?

Oireiden toistuvuudesta tai jatkuvuudesta kerrottiin 42 %:ssa (N=21) dokumenteista (taulukko 3.).

Oireiden jatkuvuus	”... edelleen.”, ”... lähes koko vuoden.”, ”... kaksi viikkoa jatkunut ...”, ”... koko ajan.”, ”Lääkkeen vaihtaminen ei ole
--------------------	---

	asiaan vaikuttanut.”, ”... aina ...”, ” ... ollut pidemmän aikaa.”, ” ... parin viikon ajan ... ”.
Oireiden toistuvuus	”... aiemminkin.”, ” ... oireet palanneet ennalleen ...”, ” ... alkanut uudelleen ... ”, ” ... myös öisin ... ”, ” ... nyt levossakin.”, ” ... ollut useasti aiemminkin.”, ” ... joka päivä ... ”, ” ... yöllä ... ”, ” ... yskiessä ... ”, ” ... nyt palaamassa takaisin ... ”, ” ... alkanut tulemaan ... ”.

Taulukko 3.

5.2.4. Miten oireiden voimakkuus on kirjattu?

Oireiden voimakkuutta kuvattiin 42 %:ssa (N=21) dokumenteista (kuvio 2). Suoraan oireiden voimakkuutta tai laatua kuvaavien ilmauksien lisäksi oireiden voimakkuutta kuvaaviksi ilmauksiksi tulkittiin myös ne ilmaukset, joissa kuvattiin oireen muutosta, potilaan työkykyä, kipulääkkeiden käyttöä, potilaan toimintakykyä ja potilaan unen laatua.

Suora kuvaus oireiden voimakkuudesta	”... kovaa yskää.”, ”... pistävä kipu.”, ”... vähän tunnoton.”, ”Kipua on jonkin verran, alkuun kovaa kutinaa.”, ”Kertoo kovista ... kivuista.”, ”... tekee erittäin kipeää.”, ”... pientä lämpöä.”, ”... noin 1 cm läpimittaisia...”, ”... runsaasti ...”. ”... pahanhajuista ja osin verensekaista.”
Kuvaus oireiden muutoksesta	”... kipeytynyt entisestään.”, ”... entistä hankalampana.”
Kuvaus potilaan työkyvystä	”... ettei olisi esim. työkykyinen.”, ”... ei pysty menemään töihin.”, ”Ei koe pystyvänsä menemään töihin.”
Kuvaus potilaan kipulääkkeiden käytöstä	”Kipulääkkeistä ei ole kovasti hyötyä ollut.”, ”Särkylääkettä joutunut ottamaan.”

Kuvaus potilaan toimintakyvystä	"... käveleminen hankaloitunut.", "Ei pysty odottamaan (lääkärin) aikaa", "ei jaksanut tulla lääkäriin vastaanottoajalle."
Kuvaus potilaan unen laadusta	"... ei enää tahdo saada kivulta nukuttuakaan.", "Yöllä joutuu käymään pissalla."

Taulukko 4.

Ilmauksista osa on tulkittu paitsi kivun voimakkuuden kuvaajiksi, myös yleistilan kuvaajiksi. Näitä tarkastellaan taulukossa 6.

5.2.5. Miten oireiden aiempi hoito on kirjattu?

Oireiden aiemmasta hoidosta kerrottiin 46 %:ssa (N=23) dokumenteista (kuvio 2). Suurin osa aiempaan hoitoon liittyvistä kirjauksista koski terveydenhuollon piirissä tapahtunutta tai terveydenhuollon ammattihenkilön määräämää hoitoa, kuten lääkärin aiemmin määräämiä lääkkeitä tai aiempia käyntejä lääkärin vastaanotolla. Joissakin dokumenteissa oli viittauksia potilaan hoidosta aiemmin kirjoitettuihin teksteihin. Myös aiemmista toimenpiteistä oli mainintoja, samoin oli mainintoja siitä, miten oireita tai sairautta on pyritty hoitamaan kotona.

Lääkärin aiemmin määräämät lääkkeet	<p>"Sai sieltä lääkäriltä jotain vatsalääkettä"</p> <p>"Saanut 2 viikkoa sitten Selxid-kuurin vti:hin. Kuuri vain hieman lieventänyt oireita ja kuurin loputtua oireet palanneet ennalleen."</p> <p>"Tällä hetkellä käytössä Losartan ... ja Emconcor ... Nämä määrätty Aavasta"</p> <p>"Cardasen sai lokakuussa päivystyksestä..."</p> <p>"Syönyt Kefeksin -kuurin."</p> <p>"Marevanin aikaan ollut jo verenpurkaumia eikä lääkkeen vaihtaminen ole asiaan vaikuttanut."</p> <p>"Käynyt samojen kipujen vuoksi lääkärissä, tuolloin kirjoitettu Voltaren 50 mg tbl."</p> <p>"TTH:ssa aloitettu aikanaa RR -lääkitys."</p>
-------------------------------------	--

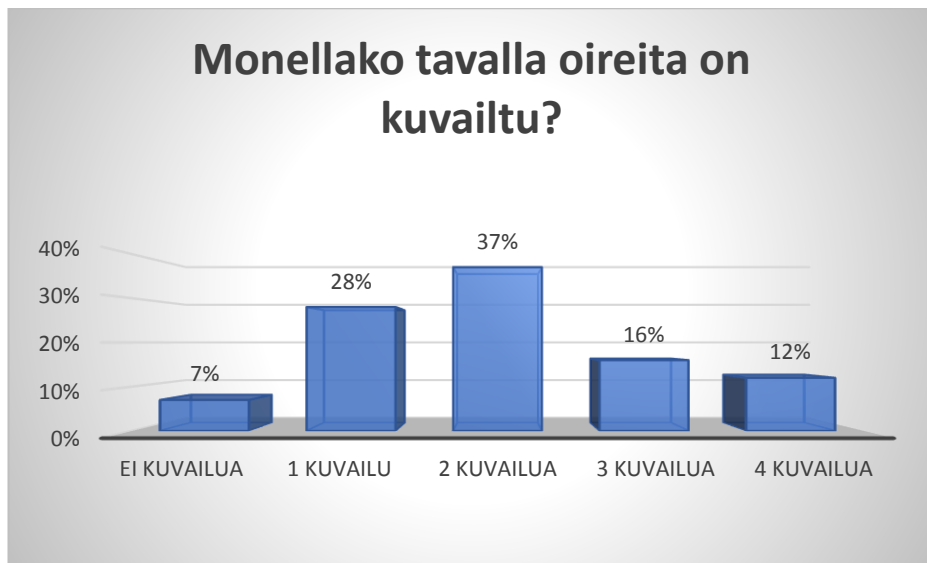
	"Nyt ollut jo jonkin aikaa ilman lääkettä, koska lääkäri ei ole uusinnut näkemättä."
Aiemmat käynnit lääkärissä	"... vaivojen vuoksi käynyt lääkärissä alkuviikosta." "... todettu 2015 täällä tk:ssa. Labroja katsottu viimeksi viime talvena. Välillä tt-lääkäri hoitanut asiaa." "Käynyt ihottuman vuoksi lääkärissä."
Viittaukset aiempiin teksteihin tai lähetteisiin	"Kts. yst. ed. lääkärin teksti." "Lähetete tehty ortopedille." "... saanut lähetteen sairaalaan. Lähetettä siirrelty paikasta toiseen." "Ks. yst. käynti ... imusolmukkeet edelleen turvoksissa. Pyydetty varaamaan aika, mikäli näin on."
Aiemmat toimenpiteet	"Paise hoidettu korvasta kaksi kertaa." "Keinonivel laitettu vas. polveen vuonna" "Vaivasenluuleikkaus ja vasaravarvas oikaistu."
Oireiden hoitaminen kotona	"Yskänlääkkeestä ei ole ollut apua" "Kipulääkettä ottanut." "Buranalla, Panadolilla, Voltaren-geelillä kipua yrittänyt lievittää." "Kipulääkkeistä ei ole kovasti hyötyä ollut." "Särkylääkettä joutunut ottamaan." "Illalla ottanut kipulääkettä."

Taulukko 5.

5.2.6 Yhteenveto oireiden kuvailusta

Vaikka oireet mainittiin suuressa osassa eli 86 %:ssa (N=43) dokumenteista, oireiden kuvailun määrä vaihteli (kuvio 3). Oireiden kuvailuksi määriteltiin opinnäytetyössä ilmaukset oireiden alkujasta, oireiden toistuvuudesta tai jatkuvuudesta, oireiden voimakkuudesta tai oireiden aiemmasta hoidosta. Niistä dokumenteista, joissa oireita oli kirjattu, oireita oli kuvailtu

jollain tavalla 93 %:ssa (N= 40) eli lähes kaikissa dokumenteissa. 7 %:ssa (N=3) niistä dokumenteista, joissa oireet oli mainittu, oireista ei kerrottu muuta.



Kuvio 3.

28 %:ssa (N=12) niistä dokumenteista, joissa oireet oli mainittu, oireita kuvattiin lisäksi yhdellä tavalla. Oireiden mainitsemisen lisäksi dokumentissa oli kirjattuna esimerkiksi oireiden aiempi hoito tai oireiden toistuvuus:

”Alavatsa vaivojen vuoksi käynyt lääkärissä alkuviikosta.”

”Kuumia aaltoja ja hikipuuskia on myös öisin.”

Useimmin eli 37%:ssa (N=16) niistä dokumenteista, joissa oireita oli mainittu, oireita kuvailtiin kahdella eri tavalla. Oireiden mainitsemisen lisäksi dokumentissa oli kirjattuna esimerkiksi oireiden alkuaika ja oireiden voimakkuus tai oireiden alkuaika ja oireiden toistuvuus.

”Ihottuma ollut noin kolme päivää. Kipua on jonkin verran, alkuun kovaa kutinaa.”

”Perjantaina alkanut kurkkukipu ja yskä ... Yskiessä nousee vihreää limaa, ...”

16 %:ssa (N=7) niistä dokumenteista, joissa oireita oli mainittu, oireita kuvailtiin kolmella eri tavalla. Oireiden mainitsemisen lisäksi dokumentissa oli kirjattuna esimerkiksi oireiden alkuaika, oireiden jatkuvuus ja oireiden aiempi hoito tai oireiden alkuaika, oireiden toistuvuus ja oireiden voimakkuus.

”Jonkinlaista vatsakipua edelleen. Potilas heinäkuussa ... sai sieltä lääkäriltä jotakin vatsalääkettä.”

”Kaksi viikkoa ollut ihan loppu. Hengittäminen tuntuu raskaalta. Lämpöä ei juurikaan ole yskii aina.”

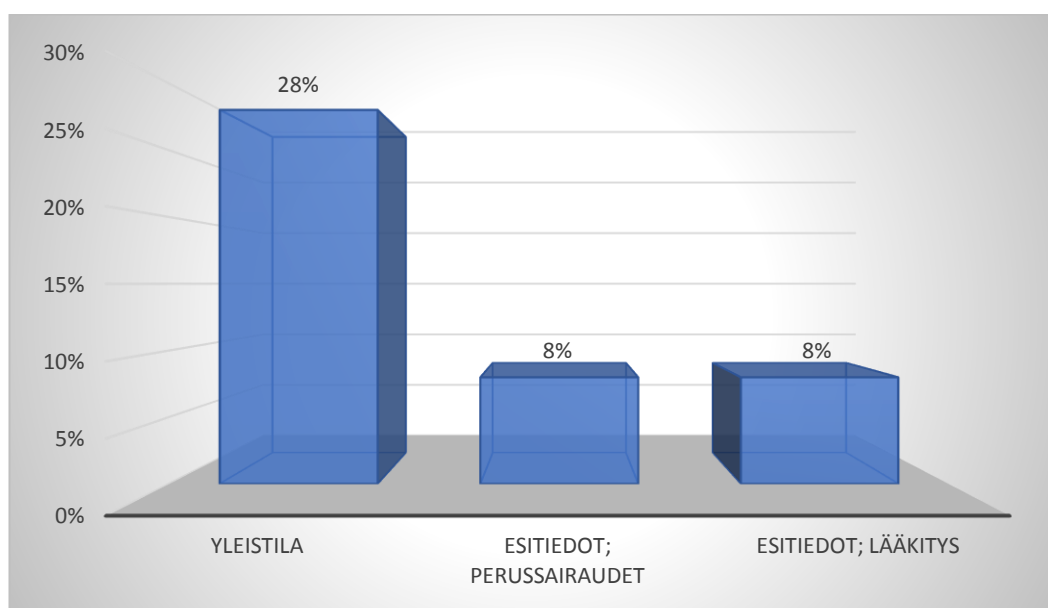
12 %:ssa (N=5) niistä dokumenteista, joissa oireita oli mainittu, oireita kuvailtiin kaikilla opinnäytetyön analyysirungossa mukana olleilla tavoilla. Dokumenteissa oli siis kirjattuna oireiden alkuaika, oireiden toistuvuus tai jatkuvuus, oireiden voimakkuus ja oireiden aiempi hoito.

”Molemmat polvet vihloneet jo parin kuukauden ajan, särkylääkettä joutunut ottamaan ja valittaa vaivoista joka päivä.”

”Eilen ... alkanut kipua. Illalla ottanut kipulääkettä, aamuyöllä herännyt kipuun. Kiertoliike ja ylöspäin taivuttaminen tekee erittäin kipeää, ... ”

5.3 Yleistila

Potilaan yleistilaa kuvattiin 28 %:ssa (N=14) dokumenteista (kuvio 4).



Kuvio 4.

Yleistilan kuvauksiksi tulkittiin ilmaukset työkyvystä, vireystilasta, toimintakyvystä, unen laadusta ja mielialasta.

Työkyky	<p>”... huonoa oloa ollut poissa töistä omalla ilmoituksella ...”</p> <p>”... ettei olisi työkykyinen.”</p>
---------	--

	<p>"... on nyt niin järkyttynyt asiasta, että ei pysty menemään töihin."</p> <p>"... menee huonosti, alkanut käyttää alkoholia enemmän... Ei koe pystyvänsä menemään töihin."</p>
Vireystila	<p>"Potilas kokee olonsa väsyneeksi ..."</p> <p>"Kaksi viikkoa ollut ihan loppu."</p>
Toimintakyky	<p>"... ei pysty odottamaan (lääkärin) aikaa, joka ..."</p> <p>"... ei jaksanut tulla lääkärin vastaanottoajalle."</p> <p>"Liikkuminen hankalaa."</p>
Unen laatu	<p>"Nyt ei enää tahdo saada kivulta nukuttuakaan."</p> <p>"... nukkuminen mennyt hankalammaksi."</p> <p>"... aamuyöllä herännyt kipuun."</p>
Mieliala	<p>"Potilas myös huolissaan ..."</p> <p>"Ei vaivaa millään lailla."</p>

Taulukko 6.

Ilmauksista osa on tulkittu paitsi yleistilan kuvaajiksi, myös kivun voimakkuuden kuvaajiksi, joita tarkastellaan taulukossa 4.

5.4 Esitiedot

Potilaan perussairauksista oli maininta 8 %:ssa (N=4) dokumenteista (kuvio 4).

"ICPC: T90 DIABETES, TYYPPI 2"

"ICPC: T90 DIABETES, TYYPPI 2, R96 ASTMA"

"ICPC: K86 VERENPAINETAUTI, KOMPLISOITUMATON"

"ICPC: K86 VERENPAINETAUTI, KOMPLISOITUMATON"

Potilaan lääkityksestä oli maininta samoin 8 %:ssa (N=4) dokumenteista (kuvio 4).

"Aloitettu Metforem 500 mg ... ja Trajenta 5 mg ... "

”Tällä hetkellä käytössä Losartan 100 mg ... ja Emconcor 2,5, mg ... Amplodipin lopetettu ... Cardasen sai ... ”

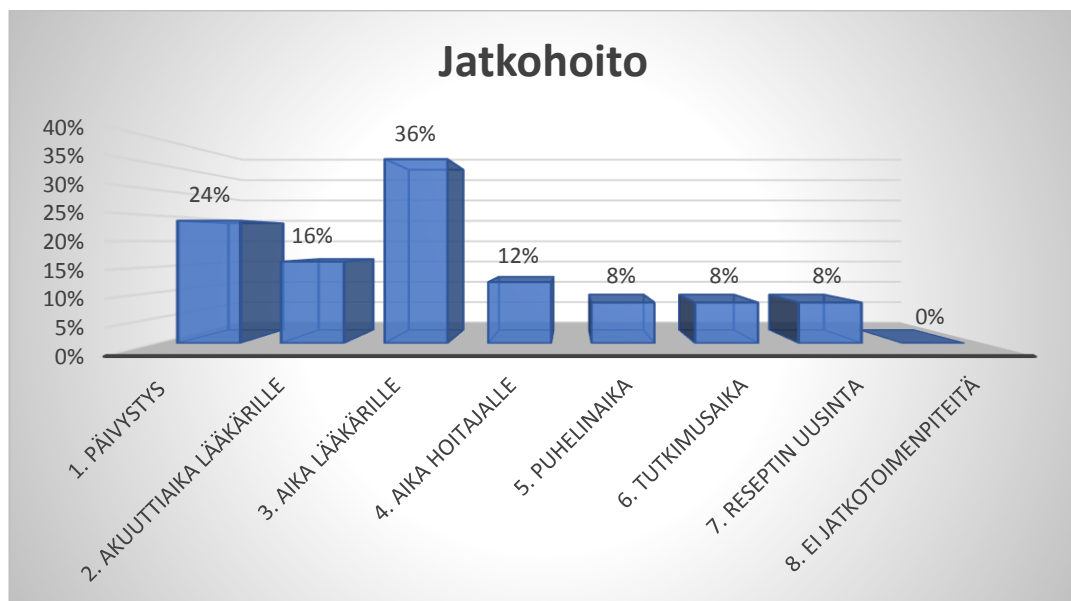
”Potilaalla käytössä Pradaxa 110 mg ..., vaihdettu Marevanista.”

”Pyydetään uudet Victoza, Metforem ...”

5.5 Jatkohoito

Jatkohoito kertoo sen, mihin ratkaisuun hoidon tarpeen arvioinnissa on päädytty eli kyseessä on hoidon tarpeen arvioinnin tulos. Jatkohoito mainittiin kaikissa kirjauksissa. Hoidon tarpeen arvioinnin tuloksena:

1. Potilas ohjattiin päivystykseen 24 %:ssa dokumenteista (N=12).
2. Potilaalle varattiin akuuttiaika lääkärille 16 %:ssa dokumenteista (N=8).
3. Potilaalle varattiin vastaanottoaika lääkärille 36 %:ssa dokumenteista (N=18).
4. Potilaalle varattiin vastaanottoaika hoitajalle 12 %:ssa dokumenteista (N=6).
5. Potilaalle varattiin puhelinaika lääkärille tai hoitajalle 8 %:ssa dokumenteista (N=4).
6. Potilaalle varattiin tutkimusaika 8 %:ssa dokumenteista (N=4).
7. Lääkärinä pyydettiin uusimaan potilaan resepti 8 %:ssa dokumenteista (N=4).
8. Potilasta ei jätetty ilman jatkotoimenpidettä yhtään kertaa.



Kuvio 5.

Prosenttiyksiköt ylittävät yhteenlaskettuna sadan, koska 50 hoidon tarpeen arviointia johti 56 jatkohoitotoimenpiteeseen.

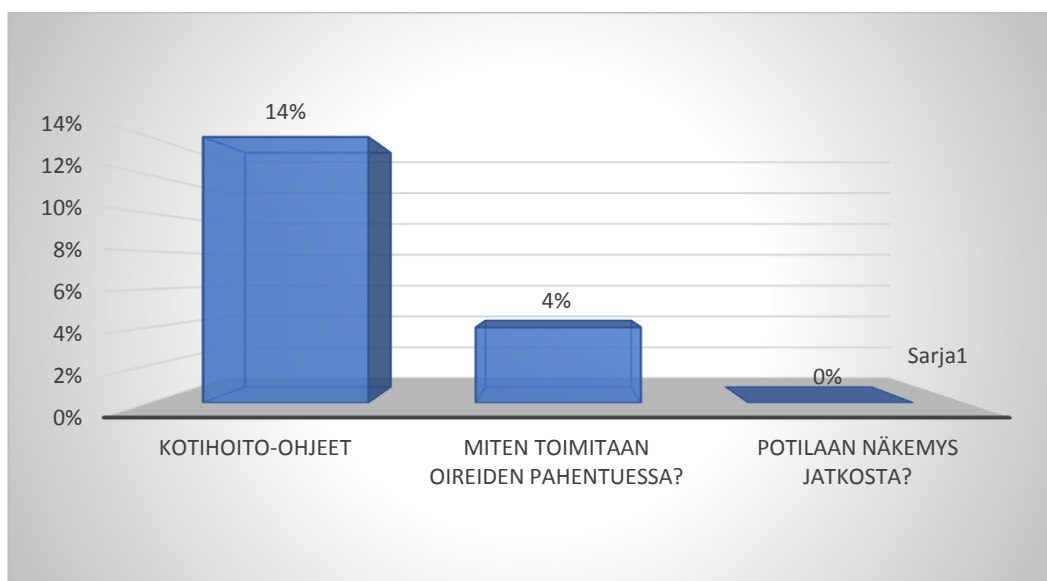
- Yhden puhelun aikana varattiin vastaanottoaika hoitajalle ja tutkimusaika.
- Yhden puhelun aikana varattiin vastaanottoaika lääkärille ja tutkimusaika.

- Yhden puhelun aikana varattiin puhelinaika lääkärille tai hoitajalle ja pyydettiin lääkäriä uusimaan potilaan resepti.
- Yhden puhelun aikana potilas ohjattiin päivystykseen ja lisäksi hänelle varattiin vastaanottoaika hoitajalle.
- Yhden puhelun aikana potilaalle varattiin vastaanottoaika lääkärille, vastaanottoaika hoitajalle ja pyydettiin lääkäriä uusimaan potilaan resepti.

Analyysirungossa oleva kohta ”Miten ratkaisu on perusteltu?” päätettiin jättää analysoimatta. Päätös johtuu siitä, että osoittautui liian vaikeaksi päättää, mikä osa dokumenttiin kirjatusta tekstistä voidaan tulkita ratkaisun perusteluksi. Käytännössä lienee niin, että hoidon tarpeen arviointia tekevä hoitaja mieltää kaiken kirjaamansa tekstin ratkaisun perusteluksi.

5.6 Potilaan ohjaus

SPAT -koodi 1249 eli ”Hoitoon liittyvä neuvonta vastaanoton ulkopuolella” oli 28 %:ssa (N=14) dokumenteista. Kotihoito-ohjeita oli kirjattu 14 %:ssa (N=7) dokumenteista (kuvio 6).



Kuvio 6.

Näistä tosin vain 4 %:ssa dokumenteista (N=2) oli varsinaisia kotihoito-ohjeita ja lopuissa 10 %:ssa (N=5) dokumenteista oli ohjeita potilaalle tehdä jotain tulevaan hoitajan tai lääkärin vastaanottoon liittyvää.

”Potilas voi normaalisti jatkaa jalkaterapian hoitoja”

”Laittaa edeltävästi removaxia kahtena iltana.”

”Ohjattu tehostettu verenpaineen kotiseuranta edeltävästi.”

”Kehotettu hakemaan ja kokeilemaan sitä kipuun.”

”Postitetaan virtsaamispäiväkirja, tekee sitä edeltävästi ennen vastaanottoa.”

”Kerrottu Miepä -pisteestä, kehoitettu käymään siellä keskustelemassa psyk.hoitajan kanssa.”

”Täyttää omahoitolomakkeen valmiiksi.”

Se, miten tulee toimia, jos oireet pahenevat, oli kirjattu 4 %:ssa (N=2) dokumenteista (kuvio 6).

”Tarpeen mukaan päivystykseen jo aiemmin.”

”Käynyt lääkärin kanssa aiemmin läpi millä oireilla pitää lähteä päivystykseen aiemmin.”

5.7 Potilaan mielipide

Potilaan näkemyksestä ehdotetusta jatkosta ei dokumenteissa oltu kirjattu.

5.8 Yhteenvedo analyysistä

Yhteenvedo tulosten kvantitatiivisesta analyysistä esitellään taulukossa 7.

Monessako dokumentissa on kirjattuna ...	%	N
miten potilas on tunnistettu?	0%	0
kuka soittaa?	40%	20
oireita?	86%	43
oireiden alkuaika?	46%	23
oireiden toistuvuus tai jatkuvuus?	42%	21
oireiden voimakkuus?	42%	21
oireiden aiempi hoito?	46%	23
potilaan yleistila?	28%	14
potilaan perussairauksien kartoittaminen?	8%	4
potilaan lääkityksen kartoittaminen?	8%	4
potilaan jatkohoito?	100%	50
potilaalle annettuja kotihoito-ohjeita?	14%	7
potilaalle annettu ohjeistus oireiden voimistuessa?	4%	2
potilaan näkemys ehdotetusta jatkohoidosta?	0%	0

Taulukko 7.

6 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata kysymyksiin:

1. Toteutuuko puhelimessa tehty hoidon tarpeen arviointi terveysasemalla siitä säädettyjen lakien ja asetusten mukaisesti?
2. Miten puhelimessa tehty hoidon tarpeen arviointi tällä hetkellä terveysasemalla kirjataan?

6.1 Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen

Lait ja asetukset määrittelevät hoidon tarpeen arviointia hyvin niukasti. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (2004, 2§) edellyttää, että ”hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä hoidon kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella”. Oireiden selvittäminen toteutui terveysasemalla ilmeisen hyvin, sillä oireita oli kirjattu 86 %:ssa (N=43) dokumenteista. Eri oireita oli kirjattu yhdestä jopa seitsemään. Oireiden vaikeusastetta ja hoidon kiireellisyyttä oli selvitetty lähes kaikissa niistä dokumenteista, joissa oireita oli kirjattu, sillä oireita oli kuvailtu jollain tavalla 93 %:ssa (N=40) dokumenteista.

Valtioneuvoston asetuksessa (2004, 2§) edellytetään, että hoidon tarpeen arvioinnin tekee terveydenhuollon laillistettu tai nimikesuojattu ammattihenkilö. Se, kuka hoidon tarpeen arvioinnin oli tehnyt, ei selvinnyt terveysaseman luovuttamista dokumenteista. Voitiin kuitenkin lähteä siitä olettamuksesta, että terveysasemalla hoidon tarpeen arviointia tekee vain vakituinen henkilökunta, mikä tarkoittaa käytännössä terveydenhuollon laillistettua ja nimikesuojattua ammattihenkilöä.

Valtioneuvoston asetuksessa (2004, 2§) sanotaan lisäksi, että hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla ”asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat”. Nämäkään asiat eivät selvinneet opinnäytetyötä varten luovutetuista dokumenteista, mutta voitiin olettaa, että terveysasemalla hoidon tarpeen arviointia tekevillä terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ”asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat” (Valtioneuvoston asetus 2004, 2§).

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa apua kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559, 15 §). ”Kiireellisellä hoidolla

tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista” (Terveystieteidenlaki 2010/1326, 50 §). Tässä aineistossa 24 % (N=12) potilaista ohjattiin päivystykseen. Vertailukelpoista tutkimustulosta siitä, kuinka suuri osuus terveysaseman ajanvarausnumeroon soittavista potilaista on lain tarkoittaman kiireellisen hoidon tarpeessa, ei ole käytössä. Opinnäytetyön aineiston dokumenteista ei kuitenkaan voitu tehdä sitä päätelmää, että joku kiireellisen hoidon tarpeessa oleva potilas olisi jäänyt päivystykseen ohjausta vaille.

Terveystietolaissa (2010, 51 §) edellytetään, että hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä ”tarpeelliseksi todettu, kiireetön hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu”. Koska terveysaseman opinnäytetyötä varten luovuttamista dokumenteista oli leikattu pois potilaan tunnistetietojen lisäksi päivämäärä, ei tämän lainkohdan toteutumiseen voitu ottaa kantaa.

6.2 Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009, 7§) edellyttää, että kirjausten on oltava ”selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehdessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä”. Lisäksi merkinnöistä on käytävä ilmi ”tietojen lähde, jos ne eivät perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita henkilöitä kuin potilasta itseään koskevia tietoja” (STM 2009, 7§).

Opinnäytetyön aineistossa kirjaukset olivat ”selkeitä ja ymmärrettäviä ja niissä oli käytetty vain yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 7§). Tietojen lähdettä ei ollut kirjauksissa kerrottu, mutta koska aineisto koostui hoitajien ja terveysasemalle soittaneiden potilaiden välisistä puheluista, on selvää, että tietojen lähde oli ollut soittaja. Muita henkilöitä, kuin potilasta itseään koskevia merkintöjä kirjauksissa ei ollut.

Valtioneuvoston asetuksen (2004, 3§) mukaan kirjaamisen tulee olla riittävän kattavaa. Potilasasiakirjoihin on merkittävä kaikki tiedot, jotka ovat tarpeellisia potilaan hoidon suunnittelemiseksi, järjestämiseksi, toteuttamiseksi ja seurannan turvaamiseksi. Oireet oli kirjattu 86 %:ssa (N=43) dokumenteista. Oireista oli kerrottu jotain lisätietoa (oireiden alkuaika, oireiden jatkuvuus tai toistuvuus, oireiden voimakkuus tai oireiden aiempi hoito) 93 %:ssa (N=40) niistä dokumenteista, joissa oireet oli kirjattu.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (2009, 12§) todetaan, että ”potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi

taudinmäärityksen ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet”. Analyysirungossa olikin siksi kohta: ”Miten ratkaisu on perustelu?”. Tämä analyysirungon kohta päätettiin kuitenkin jättää analysoimatta. Päätös johtuu siitä, että osoittautui liian vaikeaksi päättää, mikä osa dokumenttiin kirjatusta tekstistä voidaan tulkita ratkaisun perusteluksi. Käytännössä lienee niin, että hoidon tarpeen arviointia tekevä hoitaja mieltää kaiken kirjaamansa tekstin ratkaisun perusteluksi. Mikäli hoitoratkaisun perusteena pidetään kaikkia puhelun aikana potilaalta saatuja tietoja oireista, niiden alkuajasta, kestosta, voimakkuudesta jne., niin 86 %:ssa (N=43) dokumenteista perusteita oli kirjattu ainakin muutamalla sanalla.

6.3 Kehittämisehdotukset

Valtioneuvoston asetuksessa (2004, 3§) todetaan, että ”terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pyrkiä tunnistamaan potilas sekä, jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta, tämä yhteydenottaja. Myös potilaan ja muun yhteydenottajan tunnistamistavasta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin” (Valtioneuvoston asetus 2004, 3§). Tämän lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportissa vuodelta 2004 todetaan, että lähtökohtaisesti potilaan asioista keskustellaan vain potilaan tai hänen valtuuttamansa henkilön kanssa. Tunnistaminen tapahtuu pääsääntöisesti kysymällä soittajalta henkilötunnus, minkä lisäksi potilaan tunnistamista pyritään usein vahvistamaan myös erilaisilla lisäkysymyksillä. Epävarmoissa tapauksissa voidaan esimerkiksi soittaa takaisin potilasasiakirjoista löytyvään numeroon (STM 2004, 142 - 143). Opinnäytetyön aineistossa 40 %:ssa (N=20) dokumenteista oli maininta siitä, kuka soittaa. Sitä, miten potilas tai potilaan puolesta soittava äiti tai isä oli tunnistettu, ei oltu kirjattu. Terveysasemalla kannattaisi varmastikin keskustella tästä asiasta ja luoda yhtenäinen toimintamalli soittajan tunnistamiseksi ja tunnistamisen kirjaamiseksi, jotta voitaisiin olla varmoja lainkohdan täyttymisestä.

Oireiden alkuaika kerrottiin 44 %:ssa (N=22) dokumenteista. Ilmaukset vaihtelivat erittäin tarkoista (esimerkiksi ”eilen”) epätarkkoihin (esimerkiksi ”pidemmän aikaa”). Oireiden jatkuvuudesta tai toistuvuudesta kerrottiin 42 %:ssa (N=21) dokumenteista ja oireiden voimakkuutta kuvattiin samoin 42 %:ssa (N=21) dokumenteista. Suoraan oireiden voimakkuutta tai laatua kuvailtiin tosin vain 20 %:ssa (N=10) dokumenteista. Voimakkuuden ilmauksiksi on kuitenkin näiden lisäksi tulkittu myös kuvaukset oireen muutoksesta, potilaan työkyvystä, kipulääkkeiden käytöstä, potilaan toimintakyvystä ja potilaan unen laadusta. Oireiden aiemmasta hoidosta oli kerrottu 46 %:ssa (N=23) dokumenteista. Kirjaamista terveysasemalla voisi pyrkiä yhtenäistämään siten, että oireiden luettelemisen lisäksi oireita kuvailtaisiin useammin. Lisäksi oireiden alkuaikaa voisi pyrkiä selvittämään potilailta puhelun aikana tarkemmin. Oireiden voimakkuuden kirjaamisessa apuna voisi käyttää esimerkiksi

numeraalista NRS -asteikkoa, jossa nolla merkitsee kivuttomuutta ja 10 pahinta kuviteltavissa olevaa kipua (HUS 2015).

Opinnäytetyön aineistossa vain 4 %:ssa (N=2) dokumenteista oli kirjattu potilaalle annetun kotihoito-ohjeita. On kuitenkin olemassa tieteellistä näyttöä siitä, että potilaiden omahoito on vaikuttavaa sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä. Omahoidolla tarkoitetaan tässä potilaan itsensä toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5.) Jos puhelinneuvonnassa otetaan kantaa henkilön terveydentilaan ja annetaan yksilöllisiä ohjeita, siitä muodostuu potilaan ja hoitajan välille hoitosuhde. Kyseessä on tällöin potilaslain tarkoittama terveyden- ja sairaanhoito, jolloin neuvojan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö ja hänen tulee tehdä neuvonnasta potilaslain mukaiset asiakirjamerkinnot. (STM 2004, 135-137.)

Opinnäytetyön aineistossa kirjauksiin oli merkitty SPAT -koodi 1249 eli ”Hoitoon liittyvä neuvonta vastaanoton ulkopuolella” 28 %:ssa (N=14) dokumenteista. Kotihoito-ohjeita oli kirjattu kuitenkin vain puolessa näistä eli 14 %:ssa (N=7) dokumenteista. Näistäkin vain 4 %:ssa (N=2) dokumenteista oli kirjattu varsinaisia kotihoito-ohjeita ja lopuissa 10 %:ssa (N=5) oli kirjattu ohjeita potilaalle tehdä jotain tulevaan hoitajan tai lääkärin vastaanottoon liittyvää. Terveysasemalla voitaisiinkin pyrkiä kannustamaan potilaita omahoitoon entistä enemmän ja ennen kaikkea pyrkiä kirjaamaan puhelun aikana potilaalle annetut ohjeet entistä useammin.

Vaikka potilaan yleistilaa ei erikseen mainita Valtioneuvoston asetuksessa hoidon tarpeen arvioinnista (2004, 2§), pitävät Syväoja ja Äijälä (2009, 56) yleistilan selvittämistä yhtenä neljästä hoidon tarpeen arvioinnissa selvitettävästä asiasta. Yleistilan kuvaaminen on erityisen tärkeää lasten ja vanhuspotilaiden kohdalla: lasten kohdalla ”selvitetään erityisen tarkasti muun muassa syöminen, juominen ja leikkiminen”, vanhusten kohdalla ”huomio on kiinnitettävä fyysisten toimintojen lisäksi henkisen tilan muutoksiin” (Syväoja & Äijälä 2009, 56). Opinnäytetyön aineistossa potilaan yleistilaa kuvattiin 28 %:ssa (N=14) dokumenteista. Yleistilan kuvauksiksi tulkittiin ilmaukset työkyvystä, vireystilasta, toimintakyvystä, unen laadusta ja mielialasta. Yleistilaa ei oltu kirjattu ollenkaan 72 %:ssa (N=36) dokumenteista ja niissä dokumenteissa, joissa se oli kirjattuna, sitä kuvattiin vain yhdellä ilmauksella. Potilaan yleistilaan kannattaisikin jatkossa kiinnittää terveysasemalla enemmän huomiota, erityisesti lapsi- ja vanhuspotilaiden kohdalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (2009, 12-13§) todetaan, että mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tilanne on tai mitä merkittävämmästä hoitopäätöksestä on kyse, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin potilasta koskevat tiedot tulee kirjata. Opinnäytetyön aineistona olevissa dokumenteissa tekstiä oli varsin vähän.

Lyhimmissä tekstissä ”Hoidon tarpeen arviointi” -kohtaan oli kirjattu viisi sanaa. Suurimmassa osassa dokumenteista tekstiä oli ”Hoidon tarpeen arviointi” -kohdassa muutaman lauseen verran. Terveysasemalla voitaisiin jatkossa kiinnittää huomiota myös kirjaamisen yksityiskohtaisuuteen.

7 Eettisyys ja luotettavuus

Ajatus etiikasta tehdä tietoisia ja perusteltuja ratkaisuja ulottaa eettisen pohdinnan tarpeen myös opinnäytetyön tekemiseen. Vaikka opinnäytetyö on hyvin pienimutoinen tutkimus, sitä koskevat samat tutkimuseettiset lainalaisuudet, kuin laajempaakin tutkimusta. Siksi opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan tieteen sääntöjä totuudellisuudesta, tarkkuudesta, läpinäkyvyydestä ja viittauksista muiden töihin (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 25, 113).

Potilastietojen luottamuksellisuus on turvattava tutkimustyössä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214). Opinnäytetyön eettisyyttä lisäsi se, että dokumenteista, jotka terveysasema luovutti opinnäytetyötä varten, oli saksilla leikattu pois niiden ylälaidassa olleet tiedot potilaasta, hoidon tarpeen arvioinnin tehneestä hoitajasta sekä päivämäärästä. Opinnäytetyön tekijä ei näin ollen pystynyt yhdistämään dokumenttien sisältöä potilaaseen tai hoitajaan. Päivämäärän poisleikkaaminen vähentää kuitenkin opinnäytetyön luotettavuutta. Terveystieteissä (2010, 51 §) edellytetään, että hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarpeelliseksi todettu, kiireetön hoito ”on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu”. Koska opinnäytetyön aineistona käytettyjen dokumenttien ja hoidon tarpeen arvioinnin päivämäärä ei ollut tiedossa, ei voitu päätellä, toteutuuko lain määräämä kolmen kuukauden määräaika kiireettömän hoidon järjestämisestä terveysasemalla.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijän rooli tiedonkeruun yhteydessä oli näkymätön. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitajien kirjatessa potilaan kanssa käymiään, hoidon tarpeen arviointia sisältäneitä puheluita, heillä ei ollut tiedossa, että sisältöä käytetään opinnäytetyön materiaalina. Dokumentit olivat siis olemassa terveysaseman potilastietokannassa jo ennen, kuin dokumentit kerättiin.

Opinnäytetyön eettisyyttä vähensi se, että potilaat, joita dokumentit koskevat, eivät tienneet hoitosuhteensa aikana, että heidän tietonsa tulevat myöhemmin tutkimuskohteeksi. Arviointi tietojen luovuttamisesta jäi näin tutkimusluvan myöntäjälle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220.) Opinnäytetyön eettisyyttä puolestaan lisäsi se, että opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa yhteistyökumppanina toimineen terveysaseman sosiaali- ja terveyspalvelujen toimialajohtajalta. Tutkimuslupapäätöksessä mainittuja salassapitosäännöksiä noudatettiin säilyttämällä opinnäytetyötä varten terveysasemalta luovutettuja dokumentteja opinnäytetyön tekijän kotona lukitussa kaapissa ja polttamalla dokumentit takassa heti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön otoskoko vaati opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa paljon eettistä pohdintaa. Liian pieni otos ei riittävällä varmuudella edustaisi tutkittavaa joukkoa eli dokumentteja, joiden sisältönä oli hoidon tarpeen arviointi. Otoksokoa kasvatettaessa kävisi tietyn kulminaatiopisteen jälkeen niin, että lisämateriaalista ei olisi enää merkittävää tutkimuksellista hyötyä. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 70.) Opinnäytetyön ohjaajan ja yhteistyökumppanina toimivan terveysaseman hoitajien esimiehen kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen päädyttiin otokseen, jonka koko oli 50 dokumenttia. Otoksen pienuus vähentää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön tuloksia ei näin ollen voida täysin luotettavasti yleistää koskemaan terveysaseman kaikkien hoitajien hoidon tarpeen arvioinnista tekemiä kirjauksia, saati muiden terveysasemien hoidon tarpeen arviointia.

Toinen otantaan liittyvä eettinen ongelma oli opinnäytetyön dokumenttien valinta. Opinnäytetyön luotettavuutta saattoi vähentää se, että opinnäytetyön tekijä osallistui dokumenttien valintaan. Koska otannan tuli olla edustava, valintaa ei voitu tehdä esimerkiksi helppouden tai nopeuden perusteella (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 71). Lopullinen valinta tehtiinkin dokumenttien sopivuuden perusteella eli käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa ((Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112). Näin ollen opinnäytetyössä käytettiin aineistona vain niitä dokumentteja, joiden sisältönä oli hoidon tarpeen arviointi, mikä taas lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Opinnäytetyön luotettavuutta vähentää se, että kvantitatiivisesti analysoidut analyysirungon osat eivät olleet kaikilta osin täysin luotettavasti tulkittavissa. Esimerkiksi oireiden voimakkuuden ilmauksiksi tulkittiin paitsi suorat kuvaukset oireiden, myös ne ilmaukset, joissa kuvattiin oireen muutosta, potilaan työkykyä, kipulääkkeiden käyttöä, potilaan toimintakykyä ja potilaan unen laatua.

Opinnäytetyön tarkkuutta puolestaan vähentää se, että osa oireiden kuvauksista tulkittiin kahteen eri ryhmään kuuluviksi. Esimerkiksi osa kivun voimakkuutta kuvaavista ilmauksista tulkittiin myös yleistilan kuvaajiksi. Tämä lisää ilmausten määrää kokonaisuudessaan. Mikäli ilmaukset olisi tulkittu vain jompaankumpaan luokkaan kuuluvaksi, oireiden kuvausten määrä dokumenteissa olisi ollut pienempi.

Koska tutkimuseettiset kysymykset koskettavat paitsi tutkimuksen tekemistä, myös sen julkaisua (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 88), eettistä pohdintaa aiheutti se, olisiko ollut opinnäytetyössä yhteistyökumppanina olevan terveysaseman etujen mukaista julkaista opinnäytetyö terveysaseman nimeä käyttäen? Opinnäytetyön tekijän keskusteltua asiasta opinnäytetyön ohjaajan kanssa päädyttiin käyttämään yleistä nimitystä ”terveysasema”, ja määrittelemään se opinnäytetyön tekemisessä yhteistyökumppanina toimineeksi, Uudellamaalla sijaitsevaksi terveysasemaksi.

8 Pohdintaa

Kun minulle reilu vuosi sitten tarjottiin mahdollisuutta tehdä opinnäytetyöni yhteistyössä terveysaseman kanssa hoidon tarpeen arvioinnista, en tiennyt aiheesta vielä mitään. Tutustuessani aiheeseen huomasin nopeasti, kuinka merkittävästä asiasta on kyse. Kaikki me, jotka olemme joskus soittaneet omalle terveysasemallemme saadaksemme ajan hoitajalle tai lääkärille, olemme olleet tekemisissä hoidon tarpeen arvioinnin kanssa. Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on usein ensimmäinen askel potilaan hoitopolulla ja hoitoprosessissa. Se on myös kaikkein tärkein askel, koska puhelun aikana määritellään se, millä aikataululla potilas tapaa omahoitajan tai lääkärin. Aiheen tärkeiden vuoksi opinnäytetyön tekeminen olikin minusta erittäin motivoivaa.

Ihmiset tuskailevat usein sitä, että halutessaan lääkäriajan mahdollisimman pian, he saavat sen vasta kuukauden tai jopa pidemmän ajan päähän. Jokainen sairas ja kivulias ihminen haluaisi saada ajan lääkärille mahdollisimman pian, mieluiten jo tälle päivälle tai huomiseksi. Valitettavasti vain on niin, että hoitajan tai lääkärin vastaanottoajan haluavia ihmisiä on liikaa suhteessa tarjolla oleviin aikoihin. Eliniän ja sitä myöten ikääntyvien määrän kasvaessa myös terveyspalvelujen tarve kasvaa. Vastaanottoaikoja antavan hoitajan on siksi tehtävä huolellista hoidon tarpeen arviointia; on tehtävä valintoja ja mietittävä tarkasti, kuka on oikeasti avun tarpeessa jo tänään, kuka voi odottaa huomiseen ja kuka mahdollisesti kuukauden päähän. Mielestäni hoidon tarpeen arviointia tekevän hoitajan työn merkitystä pitäisi korostaa enemmän ja jokaisen hoidon tarpeen arviointia tekevän hoitajan tulisi aina muistaa tehtävänsä tärkeys.

Hoidon tarpeen arviointi on tärkeää paitsi yksittäisen potilaan kannalta, mutta myös koko terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden kannalta, sillä ”sen onnistumisella on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin” (Syväoja & Äijälä 2009, 7). Perustuslaki (1999, 19 §) määrää, että ”julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Potilaita ei näin ollen voi jättää hoitamatta resurssien puutteeseen vedoten. Taloudellisesti järkevänä tavoitteena on ohjata potilas jo hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä sellaiseen palveluun, jossa häntä voidaan auttaa mahdollisuuksien mukaan kertakontaktilla (Hoidon saatavuus 2016, 19). Yksi sosiaali- ja terveysalan uudistuksen tavoitteista on ohjata potilas sekä taloudellisesti että inhimillisesti ajateltuna parhaaseen hoitopaikkaan. Se, miten tavoite toteutuu, jää tulevien opinnäytetyön tekijöiden arvioitavaksi.

Optimaalisessa tilanteessa hoitoon ohjautuvat ne potilaat, jotka sitä eniten tarvitsevat. Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi on kuitenkin haastavaa, sillä hoitajan on

kuulosteltava myös niitä asioita, joita potilas ei kerro (Putkonen 2016). Ihmisillä on myös hyvin erilainen tapa ilmaista itseään. Toisen ihmisen ”sattuu ihan helkkaristi” -ilmaus voisi objektiivisella mittarilla vertailtuna tarkoittaa aivan samaa kipua, kuin toisen ihmisen ”onhan tuo kipeä ollut” -ilmaus. Monissa tilanteissa potilaan näkeminen helpottaisi hoitajan päätöksentekoa merkittävästi. Ehkäpä tulevaisuudessa tietotekniikan kehittyminen mahdollistaa sen, että hoidon tarpeen arviointia voidaan tehdä vaikkapa videopuheluiden avulla.

Yhteiskunta suuntaa perusterveydenhuoltoon vain tietyn määrän rahaa ja terveystieteissä on vain ennalta suunniteltu määrä lääkäreitä eli lääkärinaikoja on tarjolla rajattu määrä. Lääkärinaikojen määrä ei siis vaihtelee esimerkiksi influenssapotilaiden määrän mukaan. Näin ollen rajalliset akuuttivastaanottoajat pitäisi jokaisena päivänä pystyä jakamaan niitä eniten tarvitseville. Tehtävä on käytännössä mahdoton, koska kukaan ei voi aamupäivällä ennustaa sitä, minkälaisia oireita ilta- tai seuraavana aamuna hoitajalle soittavilla potilailla on. Omahoitajien mahdottoman tehtävän helpottamiseksi heillä tulisi olla hoidon tarpeen arviointiin käytettävissään paitsi riittävästi aikaa, myös mahdollisimman tarkat ja selkeät ohjeet siitä, mihin rajat eri hoidon tarpeen arvioinnin kriteerien suhteen vedetään.

Laki antaa tällä hetkellä hoidon tarpeen arvioinnista vain hyvin summittaiset ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän yhtenä tavoitteena on päivittää kiireettömän hoidon perusteet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosten huomioiden. Työryhmän on tarkoitus saada työnsä valmiiksi vuoden 2018 loppuun mennessä. (STM 2017; Hoidon saatavuus 2016, 24.) Meneillään oleva vuosi tulee olemaan merkittävä myös sote-uudistukseen liittyvän valinnanvapauden lopullisen muotoutumisen suhteen. Jo nyt on selvää, että tulevaisuudessa asiakas voi valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin perusterveydenhuollon palvelujensa tuottajaksi. Kun uusi järjestelmä ei saisi kuitenkaan maksaa yhtään vanhaa järjestelmää enempää, jää nähtäväksi, toteutuuko hallituksen tavoite yhdenvertaisista ja paremmin saavutettavista sote-palveluista. Hoidon tarpeen arvioinnin merkitys tuskin tulee vähenemään.

Opinnäytetyön dokumentit kerättiin Uudellamaalla sijaitsevalta terveysasemalta. Olin kyseisellä terveysasemalla harjoittelussa viisi viikkoa suunnilleen opinnäytetyöprosessin puolivälissä. Harjoitteluni aikana istuin usein kuuntelemaan, kun ohjaajani keskusteli puhelimesta potilaiden kanssa, teki hoidon tarpeen arviointia ja kirjasi puhelinkeskustelujen sisältöä. Kun sain opinnäytetyöni aineiston terveysasemalta ja ryhdyin sitä analysoimaan, ensimmäinen mieleeni tuleva asia oli se, että dokumentit kirjoittaneet hoitajat olivat kirjanneet puhelujen sisällöstä vain pienen osan. Hyvä jatkotutkimusaihe olisi se, kuinka

paljon tietoa hoitajat potilaasta oikeasti keräävät hoidon tarpeen arviointia varten, ja kuinka suuri osuus tästä tiedosta päätyy kirjattuna potilastietojärjestelmään?

Huomasin harjoitteluni aikana myös sen, että terveysasemalla on useita hoitotilanteita varten olemassa erittäin hyvät sabluunat. Esimerkiksi tyypin kaksi diabetespotilaan tai verenpainetautiä sairastavan potilaan ohjausvastaanotolla hoitaja etenee ohjauksessaan tarkan sabluunan mukaan. Sabluuna toimii hoitajan muistin apuna ja varmistaa sen, että potilaiden vointi käydään läpi kattavasti ja heidän saamansa ohjaus on tasalaatuista. Seuraavan, tämän terveysaseman kanssa yhteistyössä tehtävän, opinnäytetyön aiheena voisi olla sabluunan luominen puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia varten.

Terveysasemalta saamani palautteen mukaan terveysasema tulee jatkossa panostamaan hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisen yhtenäistämiseen ja luomaan hoidon tarpeen arviointia varten oman sabluunansa. Terveysaseman esimiehen mukaan opinnäytetyö oli erittäin mielenkiintoinen ja antoi terveysasemalle uutta tietoa muun muassa siitä, kuinka kirjavia ja epätarkkoja ilmaisuja hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisessa käytetään. Yhteistyö opinnäytetyön tekijän kanssa sujui terveysaseman esimiehen mukaan hyvin ja terveysasemalla ollaan kiinnostuneita tarjoamaan Laurean opiskelijoille opinnäytetyön aiheita jatkossakin.

Lähteet

Ahonen O., Ikonen H., Koivukoski S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Viitattu 4.7.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnoosiin: ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Andersson, S. & Kylänpää, E. 2002. Käytännön puheviestintä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.

Haapa-aho, M., Koskinen, M.-K. & Kuosmanen, I. (2009). Työnjakomallit. Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F:3/2009. Helsinki: Tehy ry.

Heino, E. 2014. Hoitajavetoinen hoidontarpeen arviointi on liian kirjavaa. Mediuutiset. Viitattu 7.7.2017 <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/hoitajavetoinen-hoidontarpeen-arviointi-on-liian-kirjavaa-6068872>

Henkilötietolaki 1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hoidon saatavuus. 2016. Alatyöryhmän muistio. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.6.2017.

HUS. 2015. Kivunhoito HUS:ssa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2007. Terveystieteiden ammattihenkilön antama puhelinneuvonta. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 3.7.2017. laakarilehti.fi/nelli.laurea.fi/. 62(5): 427-430.

Jääskeläinen, P. 2014. Oikeusasiamies esittää valtakunnallista ohjeistusta hoidon kiireellisuuden ensiarvioon. Eduskunnan oikeusasiamies. Viitattu 7.7.2017. <https://www.oikeusasiamies.fi/fi/-/oikeusasiamies-esittaa-valtakunnallista-ohjeistusta-hoidon-kiireellisuuden-ensiarvioon>

Kallankari, S. 2016. ESI TRIAGE päivystyksessä. Näyttöönperustuvuudesta laatua ja sujuvat prosessit. Suomen ensihoitoalan liitto ry.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kanttonen, J. 2007. Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely. Duodecim 2007;123:1606.

Kanttonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat - laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lindfors-Niilola, A. 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: Triagehoitajien haastattelut. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen Yliopisto.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto.

Marckwort, R. 2000. Ole hyvä puhelimesta. Maarianhamina: Mermerus

Mäensivu, V. 2002. Ikääntyvien viestintävalmiudet ja digitaalinen epätasa-arvo. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 71. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Naukkarinen, H. 2017. Lisäkoulutettuja sairaanhoitajia hyödynnettävä. Sairaanhoitaja 5/2017.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Nuolivirta, M. & Sahila, S. 2013. Salassapito ja tietosuojaterveysalalla. Opas hoitotyön opiskelijoille. Helsinki: Diak.

Orava, M. 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Tampere: Tampereen Yliopistopaino. Tulostettu 22.2.2017.

Putkonen, A. 2016. Hoitajien esimiehen haastattelu 2.12.2016. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimiva, Uudellamaalla sijaitseva terveysasema.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen - Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Seppälä, J. 2017. Puhelimesta tapahtuva hoidontarpeen arviointi. Suomen poliklinikkasairaanhoitajat ry:n opintopäivät. Luentosarja, powerpoint -esitys.

Sinisalo, A. 2016. Neurologinen potilas. Luentosarja ja powerpoint -esitys Laureassa syyslukukaudella 2016. Laurea-ammattikorkeakoulu. Vantaa.

Sivonen, M. 2017. Dokumenttianalyysi tutkimusmenetelmänä terveystieteissä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

STM. Potilasturvallisuus. <http://stm.fi/potilasturvallisuus>

STM. 2004. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

STM. 2017. Hankkeet ja säädösvalmistelu. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://stm.fi/hanke?selectedProjectId=5510>

Suomen perustuslaki 1999/731. Viitattu 12.7.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Sanoma Pro.

Terveysturvalaki 2010/1326. Viitattu 28.6.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#a1326-2010>

Terveysturva 2017. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 7.7.2017.
<http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Tyyskä, E. 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Pro gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Itä-Suomen yliopisto.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Viitattu 11.7.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>

Valvira. 2014. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 12.7.2017.
http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

Valvira 2017. Valvira lausunnossaan: Ensihoitopalvelu tulisi koota maakuntia suurempiin yksiköihin. Viitattu 7.7.2017. <http://www.valvira.fi/-/valvira-lausunnossaan-ensihoitopalvelu-tulisi-koota-maakuntia-suurempiin-yksikoihin>

Välimäki, K., Hansson, A.-I., Salo, P., Mattila, J., Haavisto, K., Vuorinen, V. & Papunen, E. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Liitteet

LIITE 1

numero	Kuka soittaa?	Montako oiretta on kuvailtu?	Onko oireiden alkuaika kirjattu?	Onko oireiden toistuvuudesta tai jatkuvuudesta mainintaa?	Onko oireiden voimakkuus kerrottu?	Onko aiemman hoidon mainintaa?	Onko väestöstä aineistossa?	Onko potilaan perustietojen kartoitus?	Onko potilaan lääkityksen tarkoituksellisuus?	Jatkohoitot: Mihin rahoitukseen on päädytty?	Onko potilaalle annettu kotihoitoa?	Onko kerrottu, mitä tehdä, jos oireet pahenevat?	Onko potilas kertonut näkemyskierä jatkosta?
1	Isä	1	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0
2		0	0	0	0	0	1	1	1	4,6	0	0	0
3		5	1	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0
4	Äiti	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
5	Potilas	0	0	0	0	0	0	1	1	7	0	0	0
6	Potilas	2	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0
7	Potilas	1	1	1	0	1	0	0	0	6	0	0	0
8		4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
9	Potilas	1	0	1	0	1	0	0	1	3	0	0	0
10		3	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0
11	Potilas	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0
12		2	0	0	1	0	1	0	0	7	0	0	0
13		7	1	0	0	1	1	0	0	6	1	0	0
14		3	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0
15	Äiti	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
16	Potilas	3	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1	0
17		2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
18		5	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0
19		2	0	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0
20		3	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0
21	Potilas	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
22		1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0
23		2	0	1	1	1	0	0	0	5	0	0	0
24		1	1	1	1	1	0	0	1	3	0	0	0
25		7	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
26		3	0	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0
27		3	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
28		1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0
29	Äiti	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
30		0	0	0	0	0	0	1	0	3,6	1	0	0
31	Äiti	2	1	1	1	1	0	0	0	3	0	0	0
32		2	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0
33		3	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0
34	Potilas	2	0	0	1	1	1	0	0	2	1	0	0
35		1	0	1	1	0	0	0	0	3	1	0	0

numero	Kuka soittaa?	Montako oiretta on kuvailtu?	Onko oireiden alkuaika kirjattu?	Onko oireiden toistuvuudesta tai jatkuvuudesta mainintaa?	Onko oireiden voimakkuus kerrottu?	Onko aiemmin hoidosta mainintaa?	Onko yleisilasta <u>mainintaa</u> ?	Onko potilaan perussolua uksien kartoitusta	Onko potilaan lääkityksen käyttötarpeesta	Jatkohoito: Mihin ratkaisuun on päädytty?	Onko potilaalle annettu kotihoito-	Onko kerrottu, mitä tehdä, jos oireet pahenevat?	Onko potilas kertonut näkemyksensä jatkosta?
36	Potilas	0	0	0	0	1	0	0	0	5,7	0	0	0
37	Potilas	4	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0
38	Äiti	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
39	Potilas	5	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0
40		0	0	0	0	1	0	1	0	3,4,7	1	0	0
41		2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0
42		5	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
43		1	0	0	0	0	0	0	0	1,4	0	0	0
44		0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
45		1	1	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0
46	Äiti	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0
47	Äiti	1	1	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0
48	Potilas	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
49		0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0
50		2	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0
			23	21	21	23	14	4	4		7	2	



LIITE 3

XXXXXX KAUPUNKI	PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA	§ 45/2017
Sosiaali- ja terveystalveluiden toimiala	20.10.2017	
Toimialajohtaja, sosiaali ja terveys	<input checked="" type="checkbox"/> Pysyvästi säilytettävä <input type="checkbox"/> Määräajan säilytettävä	Sivu 1(2)

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Kati Savander anoo 19.9.2017 saapuneella kirjeellään tutkimuslupaa Laurea Ammattikorkeakoulussa tehtävään, sairaanhoitaja AMK, opinnäytetyöhönsä kuuluvan tutkimuksen suorittamiseen aiheesta "Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen ~~XXXXXX~~ terveysasemalla".

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajan puhelimesta tekemää hoidon tarpeen arviointia. Tavoitteena on kuvata prosessia, joka alkaa potilaan soitettua terveysaseman kiireettömän hoidon ajanvarausnumeroon ja joka päättyy, kun hoitaja on puhelun päätyttyä kirjannut tarvittavat tiedot potilastietojärjestelmään. Hoidon tarpeen arviointiin luetaan tässä tutkimuksessa kuuluvaksi puhelun aikana käyty keskustelu sekä hoitajan keskustelun perusteella tekemät ratkaisut niiltä osin, kuin ne on kirjattu potilastietojärjestelmään.

~~XXXXXX~~ terveyskeskus luovuttaa opinnäytetyötä varten tulokset 50:stä hoidon tarpeen arvioinnista tehdystä kirjauksesta. Tulosteista on pyyhitty yli potilaiden nimet ja tunnistetiedot. Tutkimusmateriaali otetaan loppuvuodesta 2017 ja se valmistuu tammikuussa 2018.

Päätös

Päätän myöntää tutkimusluvan Kati Savanderille aiheesta "Hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen ~~XXXXXX~~ terveysasemalla".

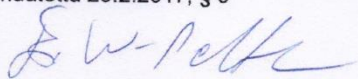
Tutkimuksen laadintaa varten saatujen tietojen osalta on noudatettava sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä todettuja salassapitosäännöksiä ja asiasta muutoin annettuja ohjeita.

Edellytän, että tutkimuksen tulokset tulee luovuttaa niiden valmistuttua ~~XXXXXX~~ sosiaali- ja terveystalveluiden toimialalle.

Päätösvallan peruste

Sosiaali- ja terveystalveluiden toimialan toimintasääntö 1.3.2017, muutettu 28.2.2017, § 5

Päätöksen allekirjoitus


Erja Wiili-Peltola
Toimialajohtaja, sosiaali ja terveys

Pöytäkirja nähtävillä

Sosiaali- ja terveystalveluiden toimiala, kirjaamo 24.10.2017

Sosiaali- ja terveystieteiden toimiala **PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA** **§ 45/2017**
20.10.2017

Toimialajohtaja, sosiaali ja terveys ☒ Pysyvästi säilytettävä **Sivu**
☐ Määräajan säilytettävä **2(2)**

Tiedoksi Ote: Kati Savander
Tiedoksi: sosiaali- ja terveystieteiden johtaja,
vastaanoton esimies

Tiedoksianto Tämä päätös on ☒ lähetetty tiedoksi kirjeellä ☐ lähetetty tiedoksi sähköisesti Päiväys 24.10.2017
asianosaiselle

Tiedoksiantaja Arja Rantanen, toimistos sihteeri

☐ luovutettu asianosaiselle
Asianosaisen allekirjoitus

Oikaisuvaatimus-ohjeet

Oikaisuvaatimusviranomaisen
[redacted] kaupunki
Sosiaali- ja terveystieteiden johtaja
PL 7
04201 [redacted]
käyntiosoite: Kultasepänkatu 7
sähköpostiosoite: soster@[redacted].fi

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tiedoksisaantipäivää ei oteta huomioon määräaikaa laskettaessa. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua pöytäkirjaoitteen lähettämisestä tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa katsotaan asianosaisen saaneen tiedon päätöksestä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näytetä.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimusasiakirjat on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä viraston aukioloajan päättymiseen mennessä.